

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

360

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René PIERSON

Né à Buzancy (Ardennes), le 27 octobre 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES TUBAIRES

MÉCANISME DE LA RUPTURE - RÉSULTATS
ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS

Président : M. POZZI, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

1000

360

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551423_0028

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René **PIERSON**

Né à Buzancy (Ardennes), le 27 octobre 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GROSSESSES TUBAIRES

MÉCANISME DE LA RUPTURE - RÉSULTATS
ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS



Président : M. POZZI, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	{ WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRÉNANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	{ LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	{ QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	{ PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
	POZZI
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Reconnaissance filiale.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Dans cette thèse, qui a été faite dans le service de notre maître, M. le professeur Pozzi, nous avons l'intention d'étudier les conditions dans lesquelles peut s'établir, après une première intervention, soit une récurrence de la première grossesse, soit une grossesse normale. Pour cette étude, nous nous baserons exclusivement sur les observations de grossesses tubaires que nous avons recueillies dans le service, et qui concernent des malades que nous avons pu revoir à longue échéance. Nous tâcherons également, dans l'étude des résultats éloignés, de voir l'intensité avec laquelle se manifestent, surtout chez les malades ayant subi la castration bilatérale, les troubles d'insuffisance ovarienne. Enfin, grâce aux observations complètes dont nous disposons et à l'examen détaillé des pièces que nous devons à l'amabilité de MM. Latteux et Champy, nous étudierons les formes de ces grossesses tubaires, et le mécanisme qui a donné lieu à l'hémorragie.

Nous avons donc l'intention d'étudier : en premier lieu l'anatomie pathologique des pièces que nous

avons eues entre les mains; en second lieu, les conditions de la récidive ou la possibilité d'une maternité ultérieure; enfin, dans un troisième chapitre, nous étudierons les signes d'insuffisance ovarienne qu'ont pu présenter ces malades après leur opération.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous nous faisons un devoir, au moment de terminer nos études, de témoigner ici notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur agrégé Campenon, qui voulut bien nous enseigner les notions élémentaires de la chirurgie; MM. les professeurs Widal et Gilbert Ballet chez lesquels nous pûmes accomplir un stage fructueux et dont les claires leçons nous permirent d'apprendre les notions fondamentales de la clinique médicale.

Remercions encore M. le professeur agrégé Bonnaire qui nous a initié si complètement à la pratique des accouchements.

Nous avons étudié les maladies vénériennes et les maladies de la peau chez le Dr Darier, et chez le professeur agrégé Humbert : qu'ils soient assurés de notre reconnaissance.

M. le Dr Bouloche nous a permis de suivre ses leçons de médecine infantile à l'hôpital Bretonneau : nous nous souviendrons toujours des notions si savantes que nous avons apprises en suivant son service.

M. le professeur agrégé Richelot nous a enseigné

les notions de gynécologie que nous avons complétées dans le service de M. le professeur Pozzi, dont nous avons suivi avec profit les leçons magistrales. Nous avons profité, dans ce service, des enseignements si précieux de MM. les Drs Proust, Bender, Deverre, Rouhier et Jayle.

C'est M. le professeur agrégé Proust qui a inspiré tout notre travail, et c'est à lui que nous devons de l'avoir mené à bonne fin.

M. le professeur Pozzi a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive ici l'hommage de nos remerciements respectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES TUBAIRES
MÉCANISME DE LA RUPTURE. — RÉSULTATS
ÉLOIGNÉS DES INTERVENTIONS

CHAPITRE PREMIER

DES MODES D'INTERRUPTION DES GROSSESSES
TUBAIRES

La grossesse tubaire évolue, dans la presque totalité des cas, vers l'interruption précoce. Rares sont les grossesses tubaires dont l'évolution plus ou moins régulière se poursuit au delà des premiers mois.

Mais cette interruption peut se faire suivant plusieurs modalités : hémorragie intra-tubaire, avortement tubo-péritonéal et inondation péritonéale par rupture.

Les raisons de ces différents modes d'interruption sont d'ordre essentiellement anatomo-pathologique.

L'œuf qui se greffe dans la trompe peut le faire en

divers endroits. Rarement (nous n'en avons qu'un cas : observation XXVIII), il s'arrête dans la portion *interstitielle* de la trompe ; bien plus souvent l'œuf se greffe au niveau de la portion *isthmique* ou de la portion *ampullaire* de la trompe ; rarement encore c'est, plus en dehors, au voisinage du pavillon tubaire, de l'*infundibulum*, que l'œuf peut se greffer. Il y a donc diverses variétés de grossesse tubaire qui sont de dedans en dehors : la grossesse interstitielle, la grossesse isthmique, la grossesse infundibulaire.

S'il est juste, d'une manière schématique, de considérer qu'en général l'interruption se fait par rupture et inondation péritonéale dans les grossesses isthmiques, et par avortement tubo-péritonéal dans les grossesses ampullaires, il peut y avoir des modalités diverses et intéressantes dans le mécanisme de l'hémorragie.

Nous ne ferons pas des causes de ces ruptures une étude complète. Qu'on nous permette de citer simplement parmi les causes principales : l'amincissement de la paroi tubaire rongée par les vrilles placentaires dont l'action est le plus souvent suffisante à entraîner une perforation suivie d'hémorragie cataclysmique ; l'apoplexie ovulaire ; les contractions musculaires de la trompe ; la congestion de l'appareil génital lors d'un coït ; les efforts de la défécation ; les traumatismes et en particulier les manœuvres abortives, la femme croyant à une grossesse normale.

Quand l'œuf est greffé dans la *portion isthmique*, la gêne à l'ampliation de la trompe est à son maximum ; aussi, de bonne heure, sous l'influence de cette poussée mécanique de l'œuf cherchant à se développer, et de l'action vrillante des villosités, il y a rupture tubaire, et hémorragie importante, *inondation péritonéale* : c'est l'hématocèle cataclysmique des anciens auteurs. Nous avons relevé, dans nos observations, 5 cas d'inondation péritonéale dont 4 sont dus à des ruptures de grossesse isthmique (obs. V, VI, XII, XX). Dans ces 4 cas, l'interruption de la grossesse a été précoce : observation V, un mois et demi après les dernières règles ; observation VI, retard de trois semaines ; observation XII, pas de retard de règles ; observation XX, retard de quinze jours. Le processus anatomique en corrélation avec l'interruption de la grossesse a été, dans ces 4 cas, la rupture intra-péritonéale du sac, rupture accompagnée, ou mieux, déterminée par une apoplexie ovulaire.

Il nous semble donc que les grossesses isthmiques ont une évolution qui leur est propre et qui est la rupture. Cependant, nous avons 2 cas de grossesses isthmiques qui ne se sont pas terminées par inondation péritonéale, ce sont les observations XV et XXV, dans lesquelles l'œuf s'était greffé entre l'isthme et l'ampoule et qui se sont conduites comme des grossesses ampullaires.

Quand l'œuf, en effet, est greffé dans la *portion ampullaire*, la paroi tubaire un peu moins impropre,

à ce niveau, à assurer la nutrition de l'œuf, se laisse tout d'abord un peu distendre. Mais, bientôt, cet œuf, très insuffisamment nourri malgré tout, se décolle de la paroi tubaire : il y a interruption de la grossesse, la trompe cherche à expulser cet œuf : il y a alors avortement au sens précis du mot. Ici, l'orifice par où la trompe peut se libérer de son « faix », c'est l'ostium abdominale.

Dans les pièces que nous avons eu l'occasion d'examiner, l'avortement tubaire a provoqué l'hémorragie par différents mécanismes.

Quand l'apoplexie ovulaire précoce s'est produite dans le sac fœtal ampullaire, elle a déterminé, non pas la rupture primaire du sac, mais simplement la formation d'un hématosalpinx avec ou sans hématocele. Cette évolution est tout à fait différente de celle des grossesses isthmiques. Les raisons de cette réaction différente du sac ampullaire lorsque se produit l'apoplexie ovulaire précoce, nous semblent devoir être cherchées dans l'extensibilité plus grande des parois de l'ampoule et dans le voisinage immédiat de l'ostium abdominale perméable et extensible, véritable soupape de sûreté.

L'évolution de l'hématosalpinx est variable.

Habituellement, la trompe distendue contracte des adhérences avec les organes voisins ; elle se fissure, donnant lieu à des hémorragies intra-péritonéales en général limitées. C'est le cas des observations III, IV, VII, IX, XIV, XVII, XXII.

L'hématocele, précédée d'un stade d'hémorragie

intra-péritonéale, peut se constituer par un mécanisme bien connu, depuis que les interventions chirurgicales ont permis de suivre leur formation étape par étape.

Il est des cas (obs. I, IV, VIII, XI, XV, XVI, XIX, XXV) dans lesquels il y a apoplexie ovulaire et commencement de décollement de l'œuf, alors que le sang coule librement par le pavillon non oblitéré : c'est *l'écoulement profluens* de notre maître, M. le professeur Pozzi.

Cette forme d'hémorragie est tout à fait intéressante, car il est des cas où l'œuf est très loin du pavillon, et l'hémorragie peut cependant être considérable. C'est le cas spécialement des observations IX et XV qui sont des grossesses isthmo-ampullaires non rompues et où on a constaté cependant la présence d'une certaine quantité de sang libre dans la cavité péritonéale.

Il est d'autant plus important d'insister sur ces faits, qu'il est classique, mais complètement erroné (suivant l'opinion de M. Proust), d'enseigner que le pavillon est fermé dans les grossesses tubaires. Il semble n'être jamais fermé avant les phénomènes d'apoplexie ovulaire ; il se ferme alors secondairement dans les cas de distension progressive de la trompe par l'hémorragie ; et, de fait, on ne le rencontre nettement fermé que dans les cas d'hématosalpinx. Il resterait encore à prouver que dans ces cas la paroi est exclusivement formée par la trompe.

M. Couvelaire, dans sa thèse, dit touchant l'ostium

abdominale : « Il s'en faut que le schéma si simple et partout répété de Bland Sutton soit toujours réalisé.

« De curieuses modifications, dit Bland Sutton, surviennent du côté de l'ostium abdominale ; ces modifications sont ordinairement terminées vers la huitième semaine. Pendant les quatre premières semaines, la congestion des parties adjacentes amène la turgescence des franges et des tissus séreux et musculaires sous-jacents. Quand les tissus sont très œdédiés, la marge péritonéale adjacente à l'ostium devient très apparente et forme un anneau irrégulier. Au bout de quinze jours, cet anneau est comme projeté au-dessus du plan de l'orifice de l'infundibulum, et finalement ferme hermétiquement l'ostium. »

« Certainement on peut observer les modifications du pavillon décrites par Bland Sutton ; mais elles sont loin d'être constantes. Rappelons que dans toutes nos grossesses isthmiques de un à deux mois, le pavillon ne présentait aucune modification. Quant à nos examens de grossesses ampullaires de deux à trois mois, ils ne nous permettent pas de formuler de règle générale. Nous avons trouvé la communication entre l'ampoule et la cavité péritonéale tantôt fermée, tantôt ouverte. »

Mais M. Couvelaire n'examine pas dans quelles conditions il a trouvé le sac fermé. Il constate simplement que, souvent, l'ostium abdominale est libre.

Mais l'éventualité d'une apoplexie ovulaire précoce n'est pas fatale dans la grossesse ampullaire, et, si

elle nē se produit pas, le développement de l'œuf se poursuit ; mais, la rupture primaire, pour retardée qu'elle soit, ne s'en produira pas moins, et ce sera alors le tableau de l'avortement tubaire.

Celui-ci peut se comparer en plusieurs points avec l'avortement utérin. Il peut être comme celui-ci, complet ou incomplet. Quand l'œuf a été expulsé en totalité de l'utérus, l'hémorragie cesse, l'utérus revient sur lui-même et tout rentre dans l'ordre ; quand l'œuf est expulsé en entier dans la cavité abdominale à travers l'ostium abdominale de la trompe gravide, il se forme une hématoçèle qui peut se résorber et disparaître ou bien persister, mais sans augmenter de volume. Mais, si l'avortement utérin est incomplet ou prolongé, c'est-à-dire si l'œuf n'a été expulsé qu'en partie, les pertes de sang continuent jusqu'au moment où les restes de l'œuf dégénéré ont été enlevés ou expulsés. De même si l'œuf n'a été expulsé que partiellement de la trompe gravide, s'il est resté dans cet organe un caillot de sang, des débris de l'œuf ou un œuf dégénéré, l'hémorragie continue ; mais au lieu de s'écouler dans le vagin, le sang s'écoule dans la cavité abdominale à travers l'infundibulum ouvert et l'hématoçèle s'agrandit et augmente de volume.

Dans toute une série de pièces (obs. III, IV, V, VI, X, XIII, XVII, XVIII, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXVI) nous avons constaté que l'avortement était en train de se faire, s'accompagnant ou non de

déchirure du pavillon : c'est l'*avortement partariens* de notre maître, M. le professeur Pozzi.

Enfin, il peut arriver que la grossesse ampullaire se termine non pas par avortement, mais par rupture.

Là encore, bien que quelquefois le tableau soit celui de l'inondation péritonéale (obs. III), des différences existent avec la rupture des grossesses isthmiques. Ceci tient à ce que, la rupture se faisant plus tardivement, des adhérences ont eu le temps de se former. Il résulte de cette rupture, non une inondation péritonéale, mais une hématocele limitée. C'est le cas des observations II, VII, IX, XIV.

En résumé, le processus anatomique qui vient le plus souvent entraver l'évolution d'une grossesse tubaire est l'apoplexie ovulaire. A la fois fréquente et précoce, elle interrompt avant la fin du deuxième mois, et les grossesses isthmiques et nombre de grossesses ampullaires. Elle s'accompagne, pour les premières, de rupture primaire du sac, pour les secondes, de la formation d'un hématosalpinx, avec ou sans hématocele.

Les conséquences de l'apoplexie ovulaire sont extrêmement variables. On peut les résumer en disant qu'elles tendent à faire éclater la capsule externe de l'œuf soit du côté du pôle libre, soit du côté de la zone d'insertion pariétale de l'œuf.

La rupture du sac tubaire renfermant un œuf en évolution, a pour siège d'élection la zone d'insertion pariétale de l'œuf. C'est dans cette zone que la paroi du sac, d'épaisseur irrégulière, présente les amincis-

sements maxima, et de plus elle est le siège d'altérations consistant essentiellement en apoplexies interstitielles siégeant entre la capsule de l'œuf et la paroi, ou au sein même de la paroi. Cette zone est anatomiquement préparée à la rupture.

Mais il n'y a pas que des différences anatomiques entre l'inondation péritonéale et l'hématocèle. Chacun de ces deux modes de rupture possède une indication opératoire particulière. Dans le premier cas, il faut remédier à une hémorragie grave ; dans le second, il faut enlever une tumeur dont la présence est douloureuse et qui s'accompagne de petites hémorragies répétées.

Mais, si nous nous rappelons que dans le cas d'inondation péritonéale il s'agit ordinairement de la rupture *précoce* d'une grossesse isthmique, nous voyons qu'il n'y a qu'à supprimer une trompe qui saigne. Cette trompe n'a pas eu le temps de contracter des adhérences et, en conséquence, on n'aura à faire que l'ablation unilatérale des annexes. Dans certains cas, cependant, la rupture de la trompe est placée si près de l'utérus qu'il n'est pas possible de faire une ligature, et l'on est alors amené à faire d'emblée l'hystérectomie, ainsi que cela fut fait pour la malade qui fait le sujet de l'observation XX.

Dans l'hématocèle enkystée, au contraire, le plus souvent, la poche adhère fortement à la face postérieure de l'utérus : en respectant celui-ci, on laisserait presque fatalement l'amorce d'adhérences fort préjudiciables, par la suite, à la malade, et l'on est obligé

de faire l'hystérectomie. C'est le cas des observations XIX, XXI, XXIV, XXV, XXVI. Dans les autres cas où on a fait l'hystérectomie, on a été obligé de la faire parce que les annexes du côté opposé présentaient des lésions.

Cette différence dans l'intervention a un gros intérêt, car, en pratiquant l'hystérectomie ou l'ablation bilatérale des annexes on enlève à la femme toute chance de fécondation ultérieure.

Ceci nous amène à parler des conditions dans lesquelles, après une intervention comportant l'ablation unilatérale des annexes pour grossesse tubaire, peut se faire une nouvelle fécondation suivie soit de récurrence de grossesse tubaire, soit de grossesse intra-utérine.

CHAPITRE II

RÉCIDIVES DE GROSSESSE TUBAIRE

ET GROSSESSES NORMALES
CONSÉCUTIVES A L'ABLATION UNILATÉRALE DES ANNEXES
POUR GROSSESSE TUBAIRE

Dans les 28 observations qui servent de base à notre thèse, l'hystérectomie ou l'ablation bilatérale des annexes ont été pratiquées onze fois, et ces malades doivent, par conséquent, être éliminées. Il nous reste donc 17 observations où l'on a pratiqué l'ablation unilatérale des annexes. Sur ce nombre, nous constatons 6 cas où les malades ont fait une récurrence de grossesse extra-utérine dans l'autre trompe, et 3 cas où les malades ont eu une grossesse intra-utérine depuis l'intervention. Il reste huit malades qui, continuant à avoir leurs règles bien régulières, sont susceptibles évidemment de faire dans l'avenir, soit une grossesse normale, soit une récurrence de grossesse extra-utérine, et sur lesquelles nous ne possédons pas de données spé-

ciales. Mais ce que nous pouvons faire c'est d'insister sur la fréquence considérable de la récurrence dont nous trouvons la présence dans les chiffres qui précèdent. Dans notre très courte statistique elle est le double de la fécondation utérine. Cette proportion nous donne un pourcentage plus élevé que celui qui résultait des travaux si intéressants de Varnier consignés dans la thèse de Sens.

« La récurrence de la grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on se l'imaginait jusqu'à présent » (Varnier).

En 1879, Puech disait : « Il est évident qu'une femme guérie d'une grossesse extra-utérine est exposée, dans une certaine mesure, à un accident de même ordre. »

Schuhl, en 1883, appuie et dit : « Le nombre des observations de récurrence, si on le compare à celui des grossesses extra-utérines anciennes, semble indiquer que les femmes qui ont eu une première grossesse extra-utérine sont prédisposées à avoir des grossesses postérieures de même nature. » La proportion de Schuhl est de une grossesse extra-utérine sur douze intra-utérines.

Varnier, dans une séance de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, disait : « J'ai d'une part, 63 cas de récurrence de grossesse extra-utérine ; d'autre part, mon élève et ami Funck, qui, récemment, a collectionné les observations de « grossesse utérine survenant après la grossesse extra-utérine » n'a pu

en réunir que 127 depuis les temps les plus reculés jusqu'en 1898.

« Ce n'est donc plus une grossesse extra-utérine pour 12 utérines, mais bien une grossesse extra-utérine pour 2 grossesses utérines qu'il faudrait escompter.

« Veit a vu mieux encore dans sa pratique personnelle : en 1889, sur 12 cas de grossesses extra-utérines opérées par lui, dit avoir noté trois fois la récurrence extra-utérine du côté opposé pour une seule grossesse utérine.

« Tenons-nous en au chiffre précédent : 1 pour 2. Cette fréquence est faite pour inquiéter. »

Pestalozza donne sans détails la statistique suivante : 177 femmes opérées ; 17 grossesses consécutives. Mais de ces 17 grossesses, 4 étant extra-utérines, on peut dire que pour la femme une fois opérée, la répétition de la grossesse extra-utérine, est à la grossesse normale comme 1 est à 4.

Le chiffre de 1 sur 3, moyenne des précédents, paraît donc mériter considération.

Or dans notre courte statistique portant sur 28 malades opérées à l'hôpital Broca, de 1905 à 1913, notre proportion est autrement considérable. Sur 17 malades à qui on a pratiqué l'ablation unilatérale des annexes, 9 ont eu une grossesse consécutive, soit 50 o/o. Sur ces 9 grossesses, 6 ont été extra-utérines et 3 utérines, soit la proportion de 2 extra-utérines pour une utérine. C'est la proportion de Varnier renversée.

Donc, il faut savoir que, si la femme opérée une

première fois pour grossesse extra-utérine redevient enceinte à nouveau, elle a *un plus grand nombre de chances d'avoir une seconde grossesse extra-utérine.*

Pourquoi, dès lors, ne pas prévenir d'emblée cette récurrence par une ablation bilatérale systématique des annexes ? Parce qu'en définitive, cette malade a *droit* à la maternité, peut la désirer, et n'a pas l'impossibilité d'une grossesse normale. C'est ce que nous prouvent les observations VII et VIII où peu de temps après l'opération pour grossesse tubaire (cinq mois dans l'observation VIII), ces deux femmes ont commencé une grossesse normale qui s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant encore vivant à l'heure actuelle.

Dans l'observation IX, la malade a fait un an et demi après son opération une fausse couche normale à la suite des fatigues d'un voyage.

Étudions maintenant rapidement la physionomie de la récurrence.

La récurrence de la grossesse ectopique a lieu habituellement dans la trompe du côté opposé. Il pourrait arriver cependant qu'elle se produisît dans le moignon de trompe laissé à la première opération. Dans nos 6 cas, elle a eu lieu dans la trompe du côté opposé.

Le côté occupé par la première grossesse ectopique a été trois fois à gauche, et trois fois à droite.

Le temps qui s'est écoulé entre la première et la deuxième grossesse tubaire est indiqué dans cinq observations. Dans la première où ce temps n'est

pas indiqué, nous savons seulement qu'il est supérieur à sept années. Dans l'observation II il a été de quatre ans; dans l'observation III de vingt-trois mois; dans l'observation IV de quatorze mois; dans l'observation V de vingt-deux mois; dans l'observation VI de sept mois (ce temps est compté de la première opération à la seconde).

Une autre question a été abordée par M. Varnier. Il s'est demandé si, après une double grossesse ectopique, une femme peut être considérée comme à l'abri d'une troisième grossesse extra-utérine, et s'il y a des observations de trois grossesses extra-utérines chez la même femme.

Orthmann, a bien parlé d'une observation de ce genre. Mais Küstner à qui il l'attribuait a protesté et dit: « On n'a jamais observé chez la même personne qu'une deuxième grossesse extra-utérine. »

Varnier appuie dans le sens de Küstner: « Mais il serait téméraire d'ajouter, dit-il, qu'il est peu probable que cet exemple se produise. »

Nous avons, en effet, à ce sujet, une observation très intéressante (obs. IV). Cette femme a été opérée deux fois pour grossesse tubaire et on lui a enlevé ses deux trompes et ses deux ovaires. Elle a encore cependant des règles très régulières. Elle est donc susceptible de faire, et rien ne vient s'opposer à ce qu'elle fasse une nouvelle fécondation. Il est très vraisemblable, en effet, que cette femme possède, penseront certains, un ovaire supplémentaire, ou tout au moins une portion d'ovaire laissée au cours

de l'opération, car dans la pièce se rapportant à la seconde intervention, on ne trouve pas de corps jaune dans l'ovaire ; de plus, l'existence de règles très régulières vient encore rendre cette hypothèse plus vraisemblable.

De tout ce que nous avons vu ressort cette conclusion : il y a tendance à la répétition de la grossesse extra-utérine dans la trompe non encore atteinte et cette répétition est fréquente. On n'a pas encore observé de cas de fécondation chez une femme ayant eu deux grossesses tubaires, mais il n'y a rien d'impossible à ce que cette éventualité se produise.

CHAPITRE III

PHÉNOMÈNES D'INSUFFISANCE OVARIENNE

APRÈS INTERVENTIONS POUR GROSSESSES TUBAIRES

L'interrogatoire que nous avons fait subir aux personnes dont les observations forment la base de notre thèse, nous a permis de constater un fait qu'il nous semble intéressant de mettre en lumière. Il s'agit de la montée laiteuse consécutive à l'opération. A part 2 malades (obs. VI et XVIII) qui ont eu une montée laiteuse, toutes les autres nous ont déclaré n'avoir pas eu de lait après leur opération. L'observation VI est intéressante à ce sujet en ce sens qu'elle concerne une malade ayant eu une récurrence de grossesse tubaire, et qui a eu une montée laiteuse très nette après chacune de ses opérations.

Un autre point également nous a paru digne de remarque : toutes ces malades que nous avons revues nous-même, qu'elles aient subi l'ablation unilatérale des annexes, ou la castration bilatérale, sont dans un état de santé général excellent. En particulier, nous n'avons pas à noter un seul cas de

faiblesse de la paroi abdominale consécutive à l'opération ; et cependant, une de nos malades (obs. VIII) a commencé une grossesse normale cinq mois seulement après l'opération, et cette grossesse s'est terminée *à terme* par un accouchement normal. La paroi de cette malade a donc résisté à la distension produite par un utérus contenant un fœtus à terme. Toutes ces malade travaillent et beaucoup même font un travail très dur, sans fatigue.

Mais à côté de cet état de santé général excellent, nous avons malgré tout à noter chez certaines de nos malades des signes d'insuffisance ovarienne. Nous avons recherché, chez toutes les malades que nous avons pu retrouver, ces signes consistant en : bouffées de chaleur, augmentation de poids et symptômes nerveux. Il était intéressant d'étudier l'intensité de ces manifestations et de comparer entre elles à ce point de vue les malades ayant subi l'ablation unilatérale des annexes et celles ayant subi la castration bilatérale. Nous possédons encore d'autres termes de comparaison dans les malades qui ont subi deux interventions ; nous opposerons chez elles l'intensité des signes d'insuffisance ovarienne qui se sont montrés depuis la deuxième opération à ceux de la période qui s'est écoulée entre leurs deux grossesses.

En général, nous avons remarqué l'absence ou tout au moins le peu d'intensité des phénomènes d'insuffisance ovarienne chez les malades ayant subi l'ablation unilatérale des annexes. Dans les observations VIII, IX, X, XII, XIII, XIV, nous n'avons

relevé aucun signe d'insuffisance ovarienne. Parmi les autres, nous avons relevé l'adipose chez une seule malade (obs. XI) et encore est-elle peu considérable. Une seule (obs. XV) a des bouffées de chaleur, et seulement dans les deux ou trois jours qui précèdent les règles. Chez trois malades (obs. XI, XVI, XVII), nous avons noté un changement de caractère consécutif à l'opération. Deux (obs. XI et XVII) sont devenues plus irritables et plus impressionnables. L'autre (obs. XVI) est devenue triste, en proie quelquefois à des idées noires, mais cet état neurasthénique peut avoir pour cause également l'état de fatigue de cette malade, qui fait un travail très dur et n'a pas les moyens de se reposer.

Au contraire, parmi les 11 malades ayant subi l'hystérectomie subtotalaire ou l'ablation bilatérale des annexes, deux seulement (obs. XXIV et XXVI) n'ont présenté aucun signe d'insuffisance ovarienne. La première même se trouve mieux portante depuis son opération qu'auparavant. Toutes les autres ont des signes plus ou moins intenses d'insuffisance ovarienne.

La malade de l'observation XVIII n'a comme signe que des bouffées de chaleur peu fréquentes. Celle de l'observation XIX a eu des bouffées de chaleur assez fréquentes pendant deux ans et maintenant elle a encore une migraine très régulièrement tous les mois. La malade de l'observation XX déclare n'avoir jamais été mieux portante qu'actuellement ; mais, pendant cinq ans elle a eu des bouffées de

chaleur très fréquentes (30 par jour), elle a grossi et a été neurasthénique. L'extrait d'ovaire lui faisait beaucoup de bien, mais elle n'en prenait pas régulièrement. Celle de l'observation XXI a eu des bouffées de chaleur assez nombreuses pendant les premières années qui ont suivi l'opération, et elle a également beaucoup grossi. Celle de l'observation XXII a beaucoup grossi. Celle de l'observation XXIII a des bouffées de chaleur nombreuses et a souvent des idées noires. Celle de l'observation XXV a de nombreuses bouffées de chaleur et son caractère s'est assombri. Celle de l'observation XXVII a de fréquentes bouffées de chaleur ; son caractère a changé : elle est plus irritable et plus nerveuse ; elle a des pertes blanches. Enfin, celle de l'observation XXVIII se plaint de bouffées de chaleur fréquentes.

La comparaison entre ces deux groupes de malades est donc tout à l'avantage des premières.

Il nous reste à étudier les 3 cas de récurrence dont nous avons retrouvé les malades et qui sont très instructifs. L'observation IV relate le cas de cette malade qui a été opérée deux fois pour grossesse tubaire et qui a encore ses règles actuellement. Elle ne présente aucun signe d'insuffisance ovarienne, ce qui ne doit pas nous étonner, puisque nous avons montré qu'il est presque certain que cette femme possède encore peut-être un ovaire ou plus vraisemblablement une partie d'ovaire.

La malade de l'observation V nous a dit n'avoir

jamais été mieux portante que pendant la période qui s'est écoulée entre la première et la seconde opération. Elle n'a eu à ce moment aucun signe d'insuffisance ovarienne. Mais, depuis l'ablation de l'utérus et des annexes qui restaient, la malade a engraisé de 12 livres et elle a des bouffées de chaleur fréquentes, moins fréquentes quand elle prend de l'extrait d'ovaire.

Par contre, la malade de l'observation VI a eu des troubles d'insuffisance ovarienne dès la première intervention, caractérisés par un changement de caractère : la malade est devenue neurasthénique, en proie à des idées noires et même à des idées de suicide. Depuis la seconde intervention à ces troubles de neurasthénie sont venues s'ajouter des bouffées de chaleur fréquentes. Actuellement la malade a de l'entérite, et après avoir grossi elle a maigri à nouveau.

Nous voyons donc que les troubles sont plus fréquents et plus intenses après la castration bilatérale. D'où découle pour le chirurgien la nécessité de faire une opération aussi conservatrice que possible. Mais souvent les circonstances en disposeront autrement, et le chirurgien, obligé de faire une opération hâtive dans les cas d'inondation péritonéale, gênée par les adhérences qui souvent transforment en une masse unique la trompe, l'ovaire et l'hématocèle, se trouvera dans l'impossibilité de laisser l'ovaire, dont la présence aurait pu empêcher les troubles d'insuffisance ovarienne de se manifester.

Toutes les observations qui suivent viennent du service de gynécologie de l'hôpital Broca. Elles concernent des malades que nous avons revues nous-même à plus ou moins longue échéance.

Nous les avons classées en quatre groupes. Le premier (1 à 6) comprend les malades ayant eu une récurrence de grossesse tubaire ; le second (7 à 9), celles qui ont eu une grossesse normale consécutive à l'opération ; le troisième (10 à 17) celles qui ayant subi l'ablation unilatérale des annexes n'ont pas fait de nouvelle fécondation ; et enfin le quatrième (18 à 28) celles qui ont subi la castration bilatérale.

OBSERVATION I

D. A..., trente-trois ans, domestique.

Il s'agit d'une malade opérée antérieurement par M. Bénard d'une grossesse tubaire, et revenue dans le service avec des signes nets d'une grossesse tubaire du côté opposé et dont le diagnostic fut fait dans le service.

Laparotomie par M. Prôust le 27 novembre 1912.

Dès le ventre ouvert on constate, conformément au diagnostic clinique de M. Rouhier, chef de clinique, que l'utérus est en rétroversion et qu'il existe à droite une tumeur du volume d'une mandarine, de coloration violacée, qui a l'apparence d'un hématosalpinx, mais qui est coiffée à son extrémité externe de caillots partiellement emprisonnés par des adhérences épiploïques. Libération de ces adhérences, puis hystérectomie subtotal, suivant le procédé américain, en

commençant par le côté gauche dont les annexes ont été enlevées dans l'opération antérieure. Péritonisation. Drainage.

Examen de la pièce. — Grossesse infundibulaire du volume d'une mandarine, avec paroi libre, ayant saigné par le pavillon demeuré perméable. L'ovaire contient un petit corps jaune.

L'examen histologique montre la présence de villosités choriales dans la trompe.

OBSERVATION II

W. B..., vingt-sept ans.

Cette malade entre dans le service pour crises douloureuses dans les reins.

Réglée à seize ans, irrégulièrement, règles douloureuses durant deux ou trois jours. Pertes blanches continuelles depuis sa puberté, jaunâtres, tachant le linge.

Mariée à seize ans et demi. Fausse couche de six semaines en 1899. Devient enceinte un mois après : enfant à terme ; couches très laborieuses ; déchirure du périnée. Suites de couches très longues. L'enfant était très bien portant, et la malade l'allaita pendant vingt-deux mois. La malade devient enceinte de nouveau pendant ce temps : fausse couche de deux mois et demi environ à la suite d'une chute de bicyclette. A la suite de cette fausse couche la malade eut de la métrite, puis de la salpingite et fut très longue à se remettre. Elle garda le repos pendant six mois.

En 1904, grossesse ectopique droite de deux mois et demi à trois mois, opérée à l'hôpital Gouin. La malade eut une

embolie pulmonaire à la suite de l'opération. Elle eut une éventration en 1907.

A partir de 1904, la malade est réglée régulièrement jusqu'au commencement de 1908.

Au mois de janvier 1908, règles normales ; puis, après un arrêt d'un jour, elles reviennent et continuent sans arrêt jusqu'à l'heure actuelle. Sang noir, sans caillots.

Il y a quinze jours, crises douloureuses du côté gauche : la douleur n'est pas très accentuée. Fréquentes envies d'uriner.

Examen. — Ventre un peu douloureux du côté gauche, mais il n'y a pas de contraction de la paroi. Le ventre est ballonné. On remarque sur la ligne médiane la cicatrice de l'opération précédente avec une pointe d'éventration.

Toucher. — Le col est dur, entr'ouvert, présentant sur son bord gauche une cicatrice douloureuse. Il est en situation normale et la pression le rend douloureux.

Le corps est normal, mobilisable, mais la mobilisation est peu douloureuse. Le cul-de-sac droit est normal. Le cul-de-sac gauche est douloureux. On sent une masse douloureuse faisant corps avec les annexes et semblant indépendante du corps de l'utérus. Cette masse s'étend dans toute la région annexielle gauche et comble le fond du cul-de-sac postérieur. La pression très pénible montre une paroi résistante et on ne perçoit aucune fluctuation.

Les antécédents de la malade, les pertes continuelles, enfin le toucher semblent pouvoir faire affirmer le diagnostic d'hématosalpinx.

3 mars 1908. — *Compte rendu opératoire* (M. Loewy). — On fait une incision en ellipse pour enlever l'ancienne cica-

trice. Puis on incise avec précaution le péritoine et on place la petite valve. La masse salpingienne est située à gauche de l'utérus, adhérente à l'intestin en arrière. On la décolle et on la rompt en la décollant.

Il existe sous la poche tubaire un kyste de l'ovaire de la dimension d'une pomme d'api. On place des champs au-dessous de ces deux lésions et on circonscrit avec eux la tumeur qu'on enlève ; on passe avec l'aiguille passe-fils des catguts n° 2 et on assure l'hémostase. Il reste la moitié de la trompe du côté droit et l'ovaire du même côté. L'utérus est un peu augmenté de volume, mais sain. On se demande s'il ne conviendrait pas de rouvrir cette trompe oblitérée pour permettre une nouvelle fécondation. Comme la malade a eu déjà deux grossesses extra-utérines, on ne le fait pas. On met une mèche et un drain après enlèvement des caillots.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend la trompe et l'ovaire gauches. La trompe est le siège d'une grossesse ampullaire rompue. L'ovaire contient un petit kyste, mais pas de corps jaune. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

OBSERVATION III

L. L..., vingt-huit ans. Brocheuse.

Réglée à quatorze ans, régulièrement.

A eu quatre enfants à terme : le premier en 1899, le dernier en 1904. Une fausse couche de trois mois et demi en 1902.

18 avril 1905. — *Compte rendu opératoire* (M. Dartigues).

— Laparotomie. A l'ouverture du péritoine, on trouve un

épanchement sanguin dans la cavité abdominale. Dans le petit bassin, caillots noirâtres très abondants.

Ablation de tous les caillots avec rapidité, nettoyage avec compresses et isolement du champ opératoire.

On va vite à l'utérus comme point de repère pour trouver le pédicule de la trompe droite. Celle-ci est rompue et du volume d'une orange. Ligature du ligament large droit et ablation des débris de la poche foetale. L'utérus est conservé ainsi que les annexes gauches saines.

Un Mickulicz avec quatre mèches est placé dans le cul-de-sac postérieur où se trouvait une partie de la poche très profonde.

Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend la trompe et l'ovaire droit et des caillots. La trompe est le siège d'une grossesse ampullaire rompue par le pavillon, et du volume d'une petite orange. On trouve un gros corps jaune dans l'ovaire. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Cette malade fait une récurrence en 1907. Elle entre à l'hôpital le 6 mars 1907.

Depuis l'opération précédente, la malade est arrivée jusqu'à il y a un mois sans souffrir, étant bien réglée, et sans pertes.

3 février. — La malade devait avoir ses règles, quand elle est prise brusquement de douleurs intenses dans le côté gauche. Ces douleurs ont duré deux jours; la malade dut tenir le lit pendant cinq jours. Les règles n'étaient pas encore venues.

3 au 15 février. — Rien d'anormal. Puis pendant cinq

jours la malade perd du sang assez abondamment, sans caillots.

28 février. — Nouvelle crise semblable à la première.

6 mars. — Température 37°6.

Toucher. — Col très bas ; utérus augmenté de volume, légèrement rétrofléchi ; masse à gauche.

13 mars 1907. — *Compte rendu opératoire* (M. Dartigues). — Laparotomie, en passant au ras de la cicatrice de l'opération antérieure. Ouverture du péritoine. Ni l'intestin, ni l'épiploon ne sont adhérents à la face postérieure de la paroi.

Les anses intestinales et l'épiploon ont une couleur marron, et sont recouverts d'une légère couche de liquide sanguin. Il y a hémorragie intra-péritonéale, mais avec peu de sang dans la grande cavité. Mais les intestins et l'épiploon forment un dôme jeté au-dessus du pelvis et recouvrant tous les organes qui y sont contenus (annexes et utérus, dont on n'aperçoit que le fond). Du côté droit de ce dôme on remarque un petit orifice de 1 centimètre carré qui laisse échapper du sang, dénotant ainsi qu'il y a une collection sanguine sous-jacente. On écarte et on détruit les adhérences intestinales et épiploïques de manière à dégager le pelvis.

L'utérus est saisi par le fond et attiré dans la mesure du possible. L'index peut alors pénétrer dans le Douglas, décoller une partie de la trompe gravide, du reste rompue, de la face postérieure de l'utérus. On enlève une grande quantité de caillots noirâtres qui sont collectés dans le Douglas et on déterge bien ce dernier.

Au lieu de procéder immédiatement à l'extirpation de la poche ectopique et pour l'extirper dans sa presque totalité, on pense qu'il sera plus facile d'enlever toute la masse en

procédant à l'extirpation préalable de l'utérus. Hystérectomie par le procédé américain ; le col est sectionné de droite à gauche, puis le pédicule utérin gauche saisi et sectionné, et toute la masse gravide et ectopique gauche décollée par dessous et en dehors, et on enlève en bloc l'utérus et la trompe ectopique gauche.

Le jour est très net alors ; on débarrasse la cavité du Douglas et la face antérieure du rectum de tous les caillots adhérents et de tous les débris de la poche.

Péritonisation, drainage.

Examen de la pièce. — L'utérus peu augmenté de volume présente à sa face postérieure quelques débris de caillots et de paroi de la poche ectopique qui lui était accolée. Masse annexielle gauche du volume d'une petite mandarine. Deux tiers internes de la trompe augmentés de volume. Le tiers externe aux dépens duquel s'est formée la grossesse ectopique présente une large rupture à sa partie supérieure. La poche est également rompue à sa face postérieure et à sa face inférieure où est la partie placentaire de l'œuf. On trouve de belles villosités choriales. L'ovaire contenant un corpsjaune est fusionné avec la masse dont il ne se distingue pas-

OBSERVATION IV

V. E..., vingt-trois ans, couturière.

Antécédents. — Rougeole, scarlatine, variole, croup.

Réglée à treize ans, régulièrement. Règles peu abondantes durant trois à quatre jours, sans caillots ni douleur.

Pas d'enfant. Une fausse couche, de deux mois à vingt ans.

Depuis la fausse couche les règles sont douloureuses. La

malade a eu des pertes blanches, jaunâtres, très abondantes pendant deux mois, puis en petite quantité. Actuellement elle n'en a presque plus.

Au début de septembre 1908, les règles sont venues en retard de quatre à cinq jours, sans caillots ; depuis, la malade a des pertes de sang peu abondantes, mais continuelles, un peu diminuées la nuit.

8 novembre. — La malade eut une crise de douleurs abdominales très aiguës siégeant surtout dans les côtés. Cet état a duré deux jours, calmé par des applications de glace ; les douleurs ont néanmoins persisté, mais moins vives, siégeant surtout à gauche.

Après l'entrée de la malade à l'hôpital, les douleurs se sont encore atténuées et les pertes ont disparu.

Toucher. — Col tendu transversalement, complètement déjeté dans le cul-de-sac gauche et regardant la paroi gauche. Le corps de l'utérus est dévié à gauche par une masse du volume d'un gros poing, bosselée, rénitente, que l'on sent dans le cul-de-sac de Douglas, et qui remplit tout le côté droit, remontant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic et s'étendant presque à la ligne médiane.

Au spéculum on trouve dans le vagin de petites végétations que l'examen fait reconnaître tout à fait banales.

15 décembre 1908.—*Compte rendu opératoire* (M. Proust). — Laparotomie médiane. Le ventre ouvert, on trouve une certaine quantité de sang liquide épanché. La trompe droite forme une masse volumineuse violacée. Ablation des annexes droites.

Examen de la pièce. — La pièce comprend la trompe et l'ovaire droits.

La trompe est le siège d'une tumeur du volume d'une noix développée dans l'ampoule et rompue par le pavillon. On ne trouve pas de corps jaune dans l'ovaire. L'examen histologique montre la présence de villosités chorionales.

Cette malade fait une récurrence en 1910.

La malade à qui on avait bien recommandé de venir à l'hôpital dès qu'elle aurait un nouveau retard, vient consulter au mois de janvier 1910 parce qu'elle souffre du ventre et a un retard de règles de douze jours. Date des dernières règles, 6 décembre 1909.

Depuis quatre jours, légères pertes de sang ; pas de pertes blanches, pas de douleur à la miction. Depuis la veille, la malade souffre d'une façon diffuse dans la région abdominale.

A l'examen on trouve l'utérus en antéversion. Du côté gauche, tout contre l'utérus, on sent une masse arrondie, dure, du volume d'une noisette, peu douloureuse.

Les pertes rouges continuent de façon intermittente.

7 février. — Vers 9 heures, la malade est prise de violentes douleurs abdominales. Pendant la journée la malade a plusieurs crises. La nuit elle en a une plus violente que les autres.

Le 8, au matin, la malade a une nouvelle crise. Elle est un peu pâle et a le facies grippé ; elle a vomi plusieurs fois.

Au toucher, le cul-de-sac gauche est très douloureux. On opère la malade d'urgence le 8 à 11 heures.

8 février 1910. — *Compte rendu opératoire* (M. Proust). — A l'ouverture du ventre faite couche par couche, au niveau même de l'ancienne cicatrice, on aperçoit une mare de sang liquide, suivant les mouvements de la respiration et

affleurant au fond de l'utérus. Le cæcum, très distendu et un peu bleuâtre, surplombe le petit bassin. La main est plongée derrière l'utérus et ramène les annexes gauches ; elles comprennent : la trompe distendue dans son tiers interne, exactement dans sa position juxta-utérine et saignant par le pavillon ; l'ovaire friable et adhérent à la paroi postérieure du ligament large. Ligature du pédicule utéro-ovarien en dehors des annexes, puis du ligament rond de manière à passer très en dessous du méso-salpinx. Ligature de la trompe et de l'artère au ras même de la corne utérine.

Drainage après évacuation des caillots et du sang d'une masse approximative de 400 grammes.

Suture de la paroi en deux plans.

Examen de la pièce. — La pièce est formée par la trompe et l'ovaire gauches. L'ovaire est microkystique. La trompe est le siège d'une grosseur du volume d'une noix développée entre l'isthme et l'ampoule et ayant saigné par le pavillon. On ne trouve pas de corps jaune dans l'ovaire. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 15 janvier 1913. Elle est actuellement dans un état de santé excellent. Elle n'a pas engraisé, et n'a jamais eu de bouffées de chaleur. De plus, elle est toujours réglée, très régulièrement, pendant trois jours, perdant peu de sang, il est vrai ; les règles sont un peu douloureuses pendant les jours qui précèdent. Il est à remarquer que cette personne a toujours eu des règles peu abondantes. Ces faits, ainsi que l'examen des pièces, surtout de celle se rapportant à la deuxième opération, feront peut-être penser certains à la possibilité d'un ovaire supplémen-

taire. Il est plus simple d'admettre que l'extirpation d'un des deux ovaires a dû être incomplète.

Cette malade n'a pas eu de montée laiteuse après ses deux opérations.

OBSERVATION V

B. H..., vingt-six ans, dactylographe.

Antécédents. — Rougeole, érysipèle. Typhoïde à dix-huit ans.

Réglée à douze ans, irrégulièrement, avec toujours quinze jours à trois semaines de retard. Les règles, très abondantes, accompagnées de caillots, durent huit jours. Elles sont précédées et accompagnées d'assez fortes douleurs qui obligent parfois la malade à s'aliter. Quelquefois, vomissements. Pas d'enfant ni de fausse couche.

Du 1^{er} au 13 janvier 1909, temps de ses règles, la malade a perdu de l'eau rougie. Depuis le 13 janvier, fortes pertes sanguines avec de gros caillots.

La malade souffre du ventre depuis longtemps : il y a deux ans elle est venue à la consultation de gynécologie de l'hôpital Broca. Là, on lui a conseillé d'entrer à l'hôpital. Les douleurs s'étant un peu calmées, elle préfère rester chez elle.

Mais depuis le 13 janvier, les douleurs sont réapparues, très violentes, et vives surtout du côté gauche ; elles ne présentent pas d'irradiations dans les cuisses et sont calmées par le repos.

La malade a toujours eu des pertes blanches ; celles-ci sont plus abondantes depuis son mariage (il y a quatre ans).

Actuellement la malade souffre en urinant ; elle est très constipée, et ne va à la selle qu'avec des lavements.

Toucher. — Col gros, entr'ouvert, plutôt mou ; utérus à peu près normal, et normalement situé. A droite, rien. Le cul-de-sac postérieur est occupé dans sa partie gauche par une masse assez dure et douloureuse qui se prolonge dans le cul-de-sac gauche.

6 mars 1909. — *Compte-rendu opératoire* (MM. Bender et Basset). — Laparotomie médiane. On isole les intestins et on dégage l'utérus masqué par des adhérences vélamenteuses lâches. L'utérus est en rétroversion et les annexes gauches sont volumineuses et prolabées dans le Douglas. On constate qu'il s'agit d'une grossesse tubaire gauche avec avortement tubaire. Il y a un foyer limité d'hématocèle, enkystée par une sorte de membrane épaisse, et grosse comme une mandarine. On enlève les caillots, on déterge le foyer et on procède à l'ablation des annexes gauches. Les annexes droites sont saines, de même que l'utérus, et laissées en place.

Drainage avec deux mèches. Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — La pièce se compose de l'ovaire et de la trompe gauches. La trompe contient une tumeur du volume d'une mandarine, développée dans l'ampoule, et s'étant ouverte par le pavillon. On ne trouve pas de corps jaune dans l'ovaire, mais l'examen histologique montre la présence de villosités choriales dans la trompe.

• Cette malade fait une récidive en janvier 1911.

Depuis son opération elle s'est très bien portée.

Elle venait d'avoir un retard de règles d'une dizaine de

jours, et brusquement elle fut prise à droite d'une violente douleur avec phénomènes d'hémorragie et, dans la journée, ces phénomènes augmentèrent.

Elle est amenée le 4 janvier au soir à l'hôpital avec le tableau de la grande inondation péritonéale. Pouls à 136.

Le toucher produit une douleur exquise dans le cul-de-sac latéral droit.

4 janvier 1911. — *Compte-rendu opératoire* (M. Proust). — Laparotomie moins d'une heure après l'arrivée de la malade. Dès l'ouverture du péritoine, issue de sang en grande abondance. Exploration des annexes droites, qui permet de voir une grossesse isthmique rompue, qui siège tellement au ras de la corne utérine qu'il semble imprudent, au point de vue de l'hémostase, et en tout cas trop difficile étant donné l'état de la malade, de se contenter de faire l'ablation des annexes. Aussi on se décide à faire l'hystérectomie abdominale subtotale.

Au moment où l'utérus vient d'être enlevé, la malade dont l'état est inquiétant depuis le début de l'anesthésie (éther) fait une syncope, ce qui pousse à terminer l'opération très rapidement sans péritoniser, et avec un large drainage.

La malade est reportée dans son lit, bien ranimée de sa syncope, mais, dans les deux heures qui suivent, le pouls reste très défaillant et l'état reste indécis, malgré sérum et éther, jusqu'au milieu de la nuit.

Examen de la pièce. — La pièce est formée par le fond de l'utérus et les annexes droites. La trompe est le siège d'une grossesse isthmique, rompue au niveau de son bord supérieur. L'ovaire normal contient un corps jaune. L'examen

histologique montre la présence de villosités choriales. A noter également la présence d'hydatides pédiculées.

Nous avons revu cette malade le 17 février 1913. Interrogée sur son état de santé dans la période qui s'est écoulée entre ses deux grossesses, la malade nous a dit n'avoir jamais été mieux portante qu'à cette époque. Ses règles, irrégulières auparavant, deviennent très régulières et très normales comme durée et comme abondance. Depuis sa seconde opération, la malade a engraisé de 12 livres ; elle se plaint de bouffées de chaleur fréquentes, moins fréquentes quand elle prend de l'extrait d'ovaire. Elle est malgré tout dans un état de santé générale des plus satisfaisants. Elle n'a eu de montée laiteuse à aucune de ses deux grossesses.

OBSERVATION VI

G. P..., vingt-deux ans, modiste.

Il s'agit d'une malade, qui, à la suite d'un retard de règles d'environ trois semaines, a été prise le 15 juin de métrorragies qui n'ont pas cessé et qui sont accompagnées de douleurs dans le côté gauche.

Le 22 juin dans l'après-midi, les crises douloureuses ont beaucoup augmenté, les métrorragies également, et un état syncopal s'est produit le soir entraînant le transport de la malade à l'hôpital Broca.

La malade croit faire ou avoir fait une fausse-couche, mais le toucher bimanuel permet de reconnaître un point excessivement douloureux au niveau des annexes gauches (réflexe du cul-de-sac latéral).

Le ventre est légèrement ballonné, sans défense appréciable, quoique avec un peu moins de souplesse dans la partie gauche.

La palpation du flanc gauche en arrière, au-dessous de la douzième côte, est douloureuse, même superficiellement (réflexe rétro-rénal : Pottet).

Pouls à 104. Il ne varie guère dans son rythme, mais d'un instant à l'autre, varie prodigieusement dans sa tension, devenant par moment presque imperceptible.

Température 37°9 (résorption sanguine probable : signe de Pozzi).

Léger sentiment de gêne respiratoire avec un peu d'angoisse ; forte soif ; pas de bourdonnements d'oreilles ni de brouillard devant les yeux. — La figure est pâle et pâlit surtout nettement entre le premier examen fait à minuit et le second fait à une heure du matin, mais est loin d'atteindre l'aspect figure de cire des grandes anémies aiguës.

Diagnostic : Rupture de grossesse tubaire gauche avec hémorragie d'intensité moyenne libre dans le péritoine, remontant surtout le long du méso-sigmoïde et du mésocôlon descendant. La malade reste toutefois à la merci d'une nouvelle syncope. La précédente ayant été très grave, l'intervention immédiate est décidée.

23 juin 1912 (1 heure du matin). — *Compte rendu opératoire* (M. Proust, aide : M. Castelli). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang libre dans la cavité péritonéale et caillots en grande abondance dans le petit bassin. La main gantée plonge derrière l'utérus et ramène les annexes gauches libres : la trompe est rompue dans sa partie moyenne, présentant une rupture losangique qui est le siège

de l'hémorragie. — Ablation des annexes gauches après ligature du pédicule utéro-ovarien et de la corne utérine. Le corps jaune est sur l'ovaire du côté droit (fécondation croisée). La trompe droite est saine. Ablation des caillots. Le sang liquide ne peut être que partiellement abstergé.

Drainage. Rupture de la paroi en deux plans.

Examen de la pièce. — Grossesse isthmique, du volume d'une noisette, rompue. Pas de corps jaune ; du reste, le compte rendu opératoire note sa présence dans l'ovaire du côté opposé. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Cette malade revient à l'hôpital le 12 janvier 1913, admise d'urgence à 5 heures du soir.

Elle a présenté des hémorragies utérines peu abondantes et des douleurs localisées du côté droit.

Au toucher on sent une petite masse annexielle à droite. Le ventre étant souple, M. Proust pense qu'il n'y a pas d'indication d'urgence, qu'il s'agit bien d'une grossesse tubaire droite. On décide de laisser reposer la malade et de l'opérer quarante-huit heures plus tard.

14 janvier 1913. — *Compte rendu opératoire* (M. Proust). — Laparotomie. Il existe de très nombreuses adhérences intestinales et épiploïques, restes de l'ancienne opération faite d'urgence. Ces adhérences sont libérées et on constate alors qu'au niveau des annexes droites il existe un très petit épanchement sanguin (quelques cuillerées à peine), et au centre deux caillots qui adhèrent encore à l'extrémité libre de la trompe. On aurait ainsi l'impression d'un avortement tubaire complet. Cependant, les métrorragies qui durent encore et les douleurs qui les accompagnent permettent de

penser que le processus n'est pas terminé. Dans ces conditions on décide l'hystérectomie subtotale qui est faite suivant le procédé américain, en commençant par le côté droit.

Péritonisation très complète; mais malgré elle, le nombre des adhérences encore suintantes est si considérable qu'on draine avec un petit drain et un drain cigarette.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus, la trompe et l'ovaire droits. La trompe est le siège d'une grossesse du volume d'une noisette développée dans l'ampoule, avec avortement tubaire. Il existe un corps jaune dans l'ovaire et l'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Cette malade est revue à l'hôpital le 30 janvier 1913. Elle est dans un état très satisfaisant; mais depuis sa première opération son caractère a changé: elle est en proie à des idées noires et même à des idées de suicide. Ses règles sont restées régulières, mais plus douloureuses qu'avant l'opération. Après chacune de ses deux opérations, elle a eu une montée laiteuse très nette, qu'une purgation a fait cesser.

Nous l'avons revue de nouveau le 2 juin 1913. Depuis la seconde intervention, aux troubles de neurasthénie sont venues s'ajouter des bouffées de chaleur fréquentes. Actuellement la malade a de l'entérite, et après avoir grossi, elle a maigri à nouveau.

OBSERVATION VII

L. H..., trente ans, domestique.

Cette malade entre à l'hôpital au moins d'août 1905 pour des douleurs et pour des pertes.

Il y a dix-huit mois, la malade est allée consulter à l'hôpital Beaujon, où on lui a dit qu'il y avait lieu d'intervenir. Elle refuse, reprend son travail en suivant un traitement régulier qui la maintient en bonne santé relative jusqu'au 10 août 1905.

A cette époque, après des fatigues excessives, la malade est prise de douleurs très violentes, s'accompagnant d'abondantes pertes de sang. Pendant huit jours on lui met de la glace sur le ventre et ensuite elle entre à l'hôpital.

Réglée à douze ans. Avant sa maladie, les règles étaient régulières, assez abondantes, non douloureuses, durant quatre jours. Depuis qu'elle est malade, les règles sont irrégulières, peu abondantes, douloureuses, et ne durent plus que trois jours.

Les douleurs siègent dans l'hypogastre, dans les fosses iliaques, et s'irradient vers les reins, l'ombilic, et surtout l'anus. La malade est très constipée et la défécation est très douloureuse. Les douleurs sont exagérées par la marche et la fatigue, surviennent par accès et sont caractérisées par des élancements.

La malade a des pertes jaunes verdâtres, empesant le linge, ayant diminué par les soins. Elle éprouve en urinant, et même sans uriner, une sensation de brûlure. Le clapotis de l'eau lui donne immédiatement envie d'uriner.

Elle a eu un enfant à vingt ans. Accouchement normal. Pas de fausse couche.

31 août 1905. — *Compte rendu opératoire* (M. Proust). — Laparotomie. On voit que la trompe gauche est distendue par une volumineuse collection de couleur violacée et qui est manifestement une grossesse tubaire. Du reste, une certaine

quantité de sang est libre dans la cavité péritonéale. Le fond de l'utérus augmenté de volume est saisi avec deux pinces, et ainsi, les connexions de la coque salpingienne deviennent apparentes. L'S iliaque est complètement adhérente à la pochè, au point de faire partie intégrante de sa paroi.

La trompe est d'abord coupée à son insertion utérine, puis disséquée de dedans en dehors. Séparation de l'S iliaque très pénible. L'ovaire droit est enlevé secondairement. L'ovaire gauche présente un petit kyste qui crève au cours des manœuvres ; le reste de l'ovaire paraît sain et est laissé en place.

Péritonisation impossible. Drainage.

Examen de la pièce. — La pièce comprend la trompe et l'ovaire gauches. La trompe est le siège d'une grosseur ampullaire de la grosseur d'un œuf, rompue à sa partie inférieure. Corps jaune dans l'ovaire ; l'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Cette malade a été revue un an et demi après son opération. Elle est revenue dans le service accompagnée d'un petit enfant qu'elle venait de mettre au monde récemment et était à ce moment dans un état de santé excellent.

OBSERVATION VIII

M. J..., vingt-sept ans, couturière.

Antécédents. — Péritonite à vingt ans, fièvre typhoïde à vingt-trois ans.

Réglée à quatorze ans. Règles irrégulières, abondantes, indolores, sang liquide.

Mariée à vingt ans. Règles deviennent régulières, abondantes, durant cinq à huit jours.

Entre vingt-trois et vingt-cinq ans, règles irrégulières ; à vingt-cinq ans redeviennent régulières.

Pas d'enfant ni de fausse couche. Pas de pertes blanches.

Dernières règles, 22 novembre 1910.

10 janvier. — Très forte douleur dans le côté droit.

11 janvier. — Perte de sang très peu abondante, sang noirâtre, sans caillots. Le 11 au soir, expulsion de membranes, sans douleur, suivie d'une très légère perte de sang.

Depuis, plusieurs crises douloureuses avec léger suintement sanguin.

26 janvier. — Vers 4 heures du matin, crise douloureuse durant une heure. La malade perd du sang toute la matinée.

La malade entre à l'hôpital le 26 janvier. Crise dans la nuit du 29 au 30.

Examen. — Masse droite, haut située, refoulant l'utérus à gauche. On diagnostique grossesse tubaire droite en voie de rupture.

Compte rendu opératoire (M. Bender). — 31 janvier 1911. — Laparotomie. Il y a dans le ventre un peu de sang liquide, et on tombe immédiatement sur une hématocele enkystée au niveau des annexes droites. On libère rapidement les adhérences assez lâches qui limitent le foyer hémorragique et on extériorise une grosse masse de caillots avec les annexes droites, on fait l'ablation de celles-ci. On libère la face postérieure de l'utérus et les annexes gauches qui étaient perdues dans des adhérences. Hémostase soigneuse. Drainage.

Sutures de la paroi en 3 plans.

Examen de la pièce. — Grossesse ampullaire du volume d'une grosse noix allongée non rompue, ayant saigné par le pavillon. L'ovaire contient un corps jaune. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 21 janvier 1913. Elle est dans un état de santé excellent. Ses règles, irrégulières et très abondantes avant l'opération, sont maintenant très régulières, ne durent plus que trois jours au lieu de huit, ne sont pas douloureuses ni abondantes. Cinq mois après son opération, la malade a commencé une grossesse qui s'est terminée par un accouchement normal à terme en avril 1912. L'enfant est vivant. Il ne s'est pas produit d'éventration.

OBSERVATION . IX

S. M..., vingt ans. Couturière.

La malade entre à l'hôpital pour douleurs, pertes blanches et pertes de sang.

Réglée à quatorze ans. Règles très abondantes, très douloureuses. Sang de couleur normale. Mariée depuis trois ans. Pas d'enfant ni de fausse couche.

Depuis trois mois, douleurs siégeant à droite et ayant leur point de départ au niveau de la cuisse droite. Elles surviennent par crises très intermittentes : elle n'en a eu que 6 en trois mois ; elles durent environ une heure et demie. En même temps, les pertes ont augmenté et à la suite d'une crise plus violente, la malade a perdu pendant trente-trois jours : pertes de sang liquides, inodores, très abondantes,

durant huit jours, s'arrêtant ensuite pendant quarante-huit heures, et reprenant ensuite. Puis plus de pertes pendant dix jours, après quoi elles recommencent et continuent encore actuellement.

Au toucher on sent une masse dans le cul-de-sac latéral droit, repoussant l'utérus en avant. Col gros et mou.

Le diagnostic reste hésitant entre annexite droite et grossesse tubaire.

7 décembre 1909. — *Compte rendu opératoire* (M. Pozzi). — Laparotomie. Dès que le péritoine est ouvert, on constate qu'il renferme une petite quantité de sang noir épanché. On l'éponge rapidement. Les anses intestinales refoulées, on constate qu'il s'agit d'une grossesse tubaire droite prolapsée et coudée à gauche. La poche s'est rompue probablement pendant le lavage de la malade car il n'y a pas de sang rouge dans le ventre. Le kyste fœtal est rapidement libéré de ses adhérences, extériorisé et enlevé. On nettoie alors sérieusement le Douglas, au niveau duquel adhèrent des caillots et quelques débris de la poche. Malheureusement ce nettoyage ne peut-être qu'imparfait, ce qui oblige à drainer avec un tube et deux mèches.

Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — La trompe du volume d'une mandarine est rompue et contient encore des caillots avec débris de placenta. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales. L'ovaire est microkystique et ne contient pas de corps jaune.

Nous avons revu cette malade le 15 janvier 1913. Elle est depuis son opération dans un état de santé excellent : elle n'a eu aucun malaise ; son caractère n'a pas changé. En août 1911,

c'est-à-dire un an et demi après son opération, la malade a fait une fausse couche normale de trois mois et demi, sans raison apparente, à la suite des fatigues d'un voyage. Les règles sont régulières et normales ; elles ont été douloureuses pendant quelque mois. Elle n'a pas eu de montée laiteuse consécutive à l'opération.

OBSERVATION X

M. S..., trente-six ans, domestique.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à quatorze ans.

Réglée à dix ans. Très régulièrement avec une interruption de six mois en 1891 à vingt-deux ans. Pertes blanches abondantes continuelles. Jamais de douleur à la miction. Pas de grossesse à terme, mais deux fausses couches ; une de trois mois en 1900, une de trois mois également en 1903. Pas de signes de spécificité.

La malade entre à l'hôpital le 19 avril 1905 pour des métrorragies abondantes.

Au mois de janvier 1905, la malade avait un retard de règles de deux mois environ et se croyait enceinte. Les seins avaient un peu augmenté de volume.

Le 28 janvier, douleurs terribles, au point de perdre connaissance. Ballonnement du ventre, vomissements, plusieurs syncopes. Emission de quelques gouttes de sang pendant une semaine : *métrorragies distillantes*. Au bout d'une semaine, apparition de grandes métrorragies, avec légère diminution des douleurs. A noter en particulier trois grandes hémorragies. Mais entre temps, la malade continue à perdre sans arrêt. Un peu de fièvre.

Pas de modification jusqu'au 19 avril, date à laquelle la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Toucher. — Utérus gros. On sent une masse volumineuse dépendant des annexes droites et prolabée dans le Douglas.

25 avril 1905. — *Compte-rendu opératoire* (MM. Proust et Dartigues). — Laparotomie. Après ouverture du péritoine, on voit une volumineuse poche de couleur noirâtre, formée par la trompe droite distendue par des caillots et prolabée dans le Douglas. Pédiculisation et section de la trompe à son attache utérine et du ligament tubo-ovarien à son insertion pelvienne. Enucléation de la poche salpingo-ovarienne sans la rompre. Près de l'extrémité du pavillon, située au point le plus déclive du Douglas, légère déchirure par où quelques caillots se déversent dans le cul-de-sac. Toilette du Douglas. Suture des deux feuillets du ligament large.

Le fond du Douglas est légèrement dénudé et saigne faiblement en nappe. Drainage.

Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend la trompe et l'ovaire droits. La trompe est le siège d'une grossesse amputaire du volume d'une mandarine, avec commencement d'avortement par le pavillon. L'ovaire kystique ne contient pas de corps jaune. On trouve dans la trompe des villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 26 mai 1913. Son état de santé actuel est excellent. Elle n'a aucun signe d'insuffisance ovarienne : pas de bouffées de chaleur, pas de changement de caractère. Ses règles sont très régulières et très nor-

males. Elle n'a eu aucun retard depuis l'opération. Elle n'a pas eu après celle-ci de montée laiteuse.

OBSERVATION XI

S... L..., trente-quatre ans. Journalière.

La malade entre à l'hôpital pour pertes de sang et douleurs dans le ventre.

Réglée à dix-huit ans. Règles abondantes, durant huit jours. Quelquefois légers retards de deux ou trois jours, jamais plus. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Mariée à vingt ans. Quatre accouchements normaux. Pas de fausse couche.

La malade a eu ses règles le 5 mai, puis les dernières le 11 juin, donc avec un retard d'environ six jours.

11 juin. — La malade perd du sang. Croyant que c'étaient ses règles, elle continue à travailler ; mais peu à peu une douleur dans le ventre s'établit lentement ; cette douleur est supportable, c'est plutôt une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Cet état dure à peu près huit jours, la malade continuant toujours à perdre du sang.

19 juin. — Violente crise de douleurs dans le ventre « comme si elle allait avoir un enfant », suivant le dire de la malade. En même temps, perte de sang abondante, sans caillots. La crise dure vingt minutes, mais le sang continue à couler.

20 juin. — Nouvelle crise pareille à la première.

23 juin. — La malade ne souffre plus spontanément ; légères pertes sanguines.

Examen. — Femme obèse. Palpation un peu douloureuse au niveau des fosses iliaques. On sent à gauche de l'utérus une masse dure et douloureuse. Col papyroïde. Utérus projeté en avant. Dans le cul-de-sac gauche et dans le Douglas, tumeur qui enchâsse l'utérus et le projette en avant : cette tumeur donne une sensation pâteuse caractéristique. On diagnostique : hématocele rétro-utérine par rupture de grossesse ectopique.

6 juillet 1909. — *Compte-rendu opératoire.* (MM. Pozzi et Bender). — Laparotomie. On trouve les annexes gauches prolabées, formant une masse grosse comme une orange, de coloration bleutée. Cette masse adhère fortement au Douglas. On parvient cependant, difficilement il est vrai, à l'extérioriser sans la rompre. C'est évidemment une grossesse tubaire. Ablation des annexes gauches. Hémostase soignée. Les annexes droites sont saines et laissées en place. Le Douglas est cruenté par suite de la libération des adhérences et suinte assez fortement. On transforme d'abord puis on draine.

Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'ovaire et la trompe gauches. Dans la trompe, grossesse ampullaire non rompue. Pas de corps jaune dans l'ovaire. L'examen microscopique montre la présence de villosités choriales dans la trompe.

Nous avons revu cette malade le 22 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent. Cependant, elle a un peu grossi et son caractère a changé : elle est plus irritable. Elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur. Les règles sont très régulières, plus abondantes qu'avant l'opération. Elle n'a jamais

eu aucun retard. Pas de pertes. La malade n'a pas eu de montée laiteuse après l'opération.

OBSERVATION XII

H. M..., trente-ans. Sans profession.

Réglée à treize ans, régulièrement.

Elle a eu un enfant en 1903, et un autre en 1905. Pas de fausse couche. A la suite de son premier accouchement elle a eu une métrite qui a duré plusieurs mois. Depuis son dernier accouchement ses règles ne sont plus régulières : elle a des retards fréquents.

Elle est amenée dans le service le 19 août 1909 par M. Baron ; elle présente le tableau de la grande hémorragie péritonéale. Il est 5 heures du soir, et la rupture de la grossesse s'est vraisemblablement faite le matin vers 7 heures. La malade a eu à ce moment une douleur très vive, suivie d'une syncope. Pas de pouls radial ; décoloration absolue du visage. Pouls fémoral à 160. Température rectale à 37°5. Extrémités froides ; ventre ballonné.

19 août 1909. — *Compte-rendu opératoire* (M. Proust). — Laparotomie en position horizontale. Jet de sang dès l'ouverture du péritoine. Exploration immédiate des annexes. La trompe gauche présente une déchirure, presque une section complète, par grossesse isthmique rompue. Une pince de Kocher est immédiatement posée, et une double ligature permet de sectionner les annexes de ce côté au ras même de la corne utérine. Toilette du péritoine. Drainage. Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — Grossesse isthmique rompue très largement : la trompe est presque sectionnée. Corps jaune dans l'ovaire. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 22 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent. Elle n'a pas de bouffées de chaleur ; n'a pas grossi ; pas de changement de caractère. Ses règles sont très régulières, un peu moins abondantes qu'auparavant, pas douloureuses. Elle n'a pas eu de montée laiteuse après l'opération.

OBSERVATION XIII

F. L..., vingt-cinq ans. Employée de magasin.

Réglée à douze ans et demi, toujours régulièrement, durant huit jours, deux serviettes par jour, sans caillots ; règles très douloureuses. A quatorze ans, pertes blanches qui cessèrent au bout de quelques années.

La malade vient consulter pour des douleurs qu'elle ressent dans le bas ventre. Ces douleurs irradient vers les reins et la cuisse gauche. En juin, règles très abondantes ; en juillet, très peu abondantes ; en août, absence complète.

Examen. — Abdomen très douloureux à gauche. Cul-de-sac droit normal. Cul-de-sac gauche douloureux. On sent dans ce cul-de-sac une masse assez forte et assez molle. Cul-de-sac postérieur très augmenté de volume. Col mou, légèrement projeté en avant, orifice entr'ouvert.

Ablation des annexes gauches par M. Proust le 11 octobre 1910.

Examen de la pièce. — La pièce comprend les annexes. La trompe est le siège d'une grossesse ampullaire, avec avortement tubaire. On ne trouve pas de corps jaune dans l'ovaire, mais des villosités choriales dans la trompe gravide.

Nous avons revu cette malade le 19 mai 1913. Son état de santé actuel est excellent. Elle ressent cependant de temps en temps de légères douleurs dans le côté droit. Ses règles sont très régulières et très normales comme durée et comme quantité : elle n'a jamais eu aucun retard depuis l'opération. Pas de montée laiteuse au moment de celle-ci.

OBSERVATION XIV

H. M..., vingt-cinq ans, domestique.

Cette malade entre à l'hôpital pour douleurs abdominales siégeant sur la ligne médiane et à gauche.

Antécédents. — Pneumonie en bas âge. Ictère à vingt-deux ans.

Réglée à quinze ans ; règles régulières, très douloureuses la première fois, non douloureuses depuis ; abondantes ; durant huit jours ; accompagnées de courbature lombaire. Quelques pertes blanches. Celles-ci deviennent plus abondantes vers octobre 1909. A ce moment, arrêt des règles pendant deux mois. En décembre, grosses pertes avec caillots et fièvre.

Mai 1910. — La malade se sent très fatiguée. Les règles sont accompagnées de douleurs dans le côté gauche.

Juillet 1910. — Les pertes blanches augmentent et deviennent jaunâtres. Les douleurs augmentent.

Dernières règles du 8 au 13 novembre 1910.

Examen. — Abdomen souple. On trouve le col soulevé; cependant l'orifice est dirigé en bas et en avant. Le corps de l'utérus est un peu gros; l'isthme est douloureux ainsi que la corne droite. Le cul-de-sac latéral droit est douloureux, empâté. On sent une masse indépendante de l'utérus, allongée, bombant dans le cul-de-sac postérieur derrière le col qu'elle soulève.

21 décembre. — Légère perte rosée. Depuis, douleurs légères, intermittentes. Ces douleurs augmentent le 24 décembre.

26 décembre. — La malade se trouve très fatiguée. Le soir, elle est très pâle. On conclut à une rupture de grossesse tubaire. La malade est opérée d'urgence.

Compte rendu opératoire (M. Proust). — 27 décembre 1910. — M. Maurer avait pensé dès le début à la possibilité d'une grossesse extra-utérine. En fait, la malade a eu ses dernières règles le 12 novembre : elle avait un retard d'une douzaine de jours.

A partir du 10 décembre la petite masse a augmenté de volume, et la malade a souffert. Le 25 décembre, les douleurs ont augmenté, et la malade a perdu du sang d'une façon discontinue et en petite abondance. Elle est vue à 6 heures du soir par MM. Proust et Vilbort qui pensent à la fissuration d'une grossesse extra-utérine. La malade reste dans cet état et continue à souffrir beaucoup la journée du lundi et la nuit suivante. Le mardi matin, son pouls se précipite et on intervient d'urgence à midi.

Laparotomie. Sang liquide dans le ventre, mais en moyenne

abondance : fissuration d'une poche de grossesse ectopique formée mi-partie par la trompe et mi-partie par l'S iliaque adhérente. Les annexes droites étant saines, on décide de faire une ablation unilatérale qui présente du reste les plus grandes difficultés, parce que la déchirure de la trompe grvide va jusqu'au contact même de la corne utérine. Hémostase assez pénible, mais complète. Il reste après l'S iliaque un assez grand fragment de poche anfractueux, incrusté de caillots et saignant. qu'on ne peut pas repéritoniser.

Drainage du Douglas. Suture de la paroi en deux plans.

Examen de la pièce. — La pièce est composée de la trompe et de l'ovaire gauches. La trompe est le siège d'une grossesse infundibulaire de volume du pouce, rompue. On ne trouve pas de corps jaune dans l'ovaire, mais des villosités choriales dans la trompe.

Nous avons revu cette malade le 26 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent. Pas de bouffées de chaleur ; elle n'a pas grossi ; pas de changement de caractère. Ses règles sont très régulières et très normales ; aucun retard depuis l'opération. Elle n'a pas eu de montée laiteuse.

OBSERVATION XV

D. M..., vingt-cinq ans, journalière.

Cette malade entre pour des douleurs dans les deux fosses iliaques.

Réglée à treize ans, régulièrement, durée quatre jours. Règles abondantes. Dès l'apparition des règles, la malade eut des pertes blanches, jaunâtres, empesant fortement le linge.

Mariée, il y a trois mois. Dans le premier mois qui suit son mariage, les pertes jaunes deviennent plus abondantes.

20 mars. — Des douleurs apparaissent en même temps que les règles qui avaient huit jours de retard. Celles-ci furent très abondantes, avec des caillots le quatrième jour. Elles durent ainsi jusqu'au 9 avril, s'interrompent pendant deux jours, recommencent deux jours et cessent le 13 avril. Douleurs continues depuis le 20 mars jusqu'au 27 avril, date de l'entrée de la malade à l'hôpital. Douleurs très vives, provoquant parfois des vomissements, siégeant dans tout l'abdomen, mais surtout dans la fosse iliaque droite.

29 avril. — Pertes de sang plus abondantes, déterminant une élévation de température (38°2).

Examen. — Les annexes gauches sont nettement senties au palper. Empâtement général dans la fosse iliaque droite.

Au *speculum*, on voit le col conique, regardant légèrement en arrière, entr'ouvert. L'orifice externe est ulcéré et rouge vif. Il s'enécoule des glaires muco-purulentes, de façon incessante.

Par le *toucher*, le doigt arrive facilement sur le col, nettement conique, entr'ouvert et regardant sensiblement en arrière. Sa consistance est ferme et sa surface légèrement granuleuse. Corps de l'utérus de dimension et de consistance normales, paraît en rétroflexion légère. Les culs-de-sac sont souples, mais douloureux, surtout à droite. De ce côté on sent une tuméfaction de la grosseur d'une noix, située sur la paroi pelvienne et de consistance semi-fluctuante. Du côté gauche, annexes moins volumineuses, mais cependant

appréciables et un peu douloureuses. Le cul-de-sac postérieur est libre. On diagnostique : salpingite.

10 mai 1911. — *Compte rendu opératoire* (MM. Pozzi et Deverre). — Laparotomie médiane. Incision brève.

L'exploration digitale montre des lésions exclusivement droites. L'ablation en est faite : ovaire et trompe, celle-ci augmentée de volume et transformée en un gros hémato-salpinx.

Drainage. Fermeture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — La pièce est composée de la trompe et de l'ovaire droits. La trompe est le siège d'une tumeur de la grosseur d'une noix située entre l'isthme et l'ampoule et ayant saigné par le pavillon demeuré perméable. On trouve un corps jaune dans l'ovaire, et l'examen histologique montre la présence de villosités chorales.

Nous avons revu cette malade le 26 mai 1913. Elle est dans un état de santé très satisfaisant. Elle a parfois des bouffées de chaleur au moment de ses règles. Elle n'a pas grossi et son caractère n'a pas changé. Ses règles sont très régulières et très normales et elle n'a eu aucun retard depuis son opération. Au moment de celle-ci elle n'a pas eu de montée laiteuse.

OBSERVATION XVI

R. M..., trente et un ans, ménagère.

Cette malade, à la suite d'un léger retard de règles, a ressenti une douleur violente et a eu une syncope qui nécessite son admission à l'hôpital Broca.

Elle est entièrement pâle; ses muqueuses sont décolorées; elle a des bourdonnements d'oreilles; soif vive; mais son pouls est encore bon et pas trop rapide.

Le toucher ne décèle rien de particulier, sauf une vive douleur quand on déprime le cul-de-sac postérieur.

Le lendemain matin, 29 octobre, l'état s'est considérablement aggravé; le pouls est devenu rapide et misérable; la soif et les bourdonnements d'oreilles ont augmenté. La malade a des éblouissements au moindre mouvement; le ventre est douloureux. Perte de sang légère.

Diagnostic. — Grossesse tubaire avec avortement tubopéritonéal, ayant donné lieu à une hématocele rétro-utérine et une reprise secondaire de l'hémorragie qui fait tendre l'affection vers l'inondation péritonéale.

La malade est rapidement préparée et passée à la teinture d'iode. Anesthésie à l'éther très légèrement donnée par M^{me} Pinçon.

29 octobre 1912. — *Compte rendu opératoire*, (M. Rouhier).

Laparotomie. Aussitôt l'aponévrose incisée, on voit le péritoine noirâtre et bombé. Dès qu'on lui fait un petit orifice, le sang s'écoule en jet sans pression. L'incision péritonéale est agrandie avec les doigts; la malade est portée en proclive léger et tandis que l'aide recouvre de champs humides et chauds les anses intestinales qui tendent à se faire jour au dehors, l'opérateur glisse d'emblée, selon le précepte de Lejars, la main jusqu'au fond du Douglas, reconnaît l'utérus et saisit la trompe augmentée de volume qui est la trompe gauche. Celle-ci est rapidement décollée, et amenée dans la plaie; une pince est placée sur le ligament infundibulopelvien et une autre en dehors de la corne utérine.

Dès lors, l'hémorragie étant arrêtée, on peut vider et étancher le sang qui remplit le ventre; et, outre la très grande quantité de sang liquide récemment épanché et produit probable de la seconde hémorragie, on retire du Douglas un caillot gros comme 1 fois 1/2 le poing, correspondant sans doute au raptus hémorragique primitif qui avait causé les accidents observés la veille.

Pédiculisation de la trompe. Drainage du Douglas.

Suture de la paroi en 2 plans.

Spartéine et huile camphrée sont injectées sur la table d'opération même. L'intervention a duré en tout vingt-cinq minutes.

Trois ampoules de liquide sanguin d'Iscovesco.

Examen de la pièce. — La pièce se compose de la trompe et de l'ovaire gauches. Au niveau de la trompe, grosse ampullaire grosse comme le pouce, non rompue, mais ayant saigné par le pavillon. L'ovaire contient un corps jaune. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 7 février 1913. Elle est dans un état de santé satisfaisant. Cependant, depuis son opération, elle a beaucoup maigri; son caractère a changé: elle est triste et en proie quelquefois à des idées noires. Les règles sont régulières, mais plus abondantes qu'auparavant. Elle n'a pas eu de montée laiteuse.

OBSERVATION XVII

T. A..., trente-deux ans, femme de chambre.

Il s'agit d'une malade envoyée par M. le docteur Cazenave, avec le diagnostic de grossesse tubaire.

Elle présente une petite masse latéro-utérine gauche, et, depuis près d'un mois, des métrorragies distillantes, sans avoir présenté de retard de règles. A noter cependant que, depuis l'apparition de ces métrorragies distillantes, les règles, qui devaient apparaître il y a quelques jours, ne sont pas apparues.

Dans la journée du 8 décembre, peut-être à la suite d'un toucher fait cependant avec une douceur remarquable, la malade a présenté des crises douloureuses et, dans la nuit, une syncope.

9 décembre. — La malade est examinée par M. Proust qui constate une douleur exquise dans le cul-de-sac latéral gauche ; une très légère défense abdominale ou plus exactement une douleur qui se manifeste lorsqu'on soulève la main qui appuyait sur le ventre.

Dans ces conditions, on estime qu'il s'agit de la fissuration d'une grossesse tubaire et on décide de l'opérer dans le courant de l'après-midi de manière à pouvoir prévenir sa famille.

9 décembre 1912. — *Compte rendu opératoire.* — (M. Proust).

Laparotomie. Incision de la paroi légèrement exsangue. Péritoine un peu bleuâtre : à l'ouverture, la malade étant à peine en déclive, on voit du sang encore liquide au-devant

de l'utérus et des caillots dans le Douglas. A gauche et cachant l'utérus, masse sinueuse, légèrement inférieure au volume du poing, qui est une grossesse tubaire en voie d'avortement. La tumeur est circonscrite avec des compresses, et enlevée après ligature isolée des vaisseaux utéro-ovariens et après ligature enchaînée de l'artère utérine et de la trompe.

Ablation des principaux caillots. Drainage.

Suture de la paroi en deux plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'ovaire et la trompe gauches. La trompe est le siège d'une grossesse ampullaire de la grosseur et de la forme de deux noix placées bout à bout. Cette grossesse est en voie d'avortement par le pavillon. L'ovaire contient un beau corps jaune. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 27 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent : pas de bouffées de chaleur ; elle n'a pas grossi : seulement son caractère à un peu changé : elle est plus irritable. Ses règles sont très régulières et très normales ; aucun retard depuis l'opération. Elle n'a pas eu de montée laiteuse après celle-ci.

OBSERVATION XVIII

C... M. 28 ans, journalière.

4 mars 1905. — *Compte rendu opératoire*, — (M. Pozzi).

Laparotomie. Incision de 7 centimètres.

On trouve du côté gauche une hydrosalpinx du volume du pouce. Les annexes de ce côté sont enlevées en totalité.

Du côté droit existe une trompe dilatée du volume du pouce également, et de l'extrémité externe de cette trompe sort un caillot indiquant un avortement tubaire. L'œuf qui s'y trouve est en voie d'expulsion. On enlève ces annexes.

Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — Grossesse ampullaire de forme allongée, grosse comme le pouce, avec avortement en train de se faire par le pavillon. Corps jaune dans l'ovaire du côté de la grossesse. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Cette malade a été revue par nous le 22 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent, se livrant à des travaux très durs sans fatigue. Elle a de temps en temps des bouffées de chaleur. Elle n'a pas grossi. Aucun changement de caractère. Jamais de pertes, ni blanches, ni rouges. Elle a eu une montée laiteuse au moment de son opération.

OBSERVATION XIX

P. L..., vingt-six ans. Ménagère.

Réglée à quinze ans et demi, régulièrement, un enfant en 1895.

16 juillet. — La malade a commencé à avoir des pertes avec caillots, sans accompagnement de douleurs.

5 août. — Elle est prise de douleurs violentes; elle indique le point de Mac Burney comme ayant été le siège de ces douleurs, qui se sont passées après application de glace.

Bien que la malade soit restée couchée vingt et un jours, les pertes de sang ont continué. Actuellement, elles durent

encore. Le ventre a légèrement augmenté et la malade a une sensation de pesanteur du côté droit. Les contacts sont douloureux.

Examen. — Ventre légèrement bombé. Au palper, on trouve un ensemble empâté et dur dans l'hypogastre et la fosse iliaque droite. Légère douleur dans le cul-de-sac latéral gauche, forte douleur à droite. On sent, dans le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur, une masse sphérique, dure, rénitente, mobile. Le fond de l'utérus semble faire corps avec cette masse.

21 septembre 1906. — *Compte rendu opératoire* (MM. Proust et Hovelacque). — Laparotomie. Dès l'ouverture du péritoine, on voit à droite dans le bassin une masse du volume du poing, formée par l'intestin et l'épiploon adhérents à une poche tendue, de coloration violacée. On décolle l'intestin de cette poche; on voit que sa paroi est intimement fusionnée avec la paroi de la poche et le décollement amène l'échappement de caillots noirâtres abondants.

Pour arriver à extirper cette poche, on fait d'abord l'hystérectomie. Décollement d'un grand fragment de la poche après dissection aux doigts et aux ciseaux. Dissection aux ciseaux du fond de la poche absolument fixé à l'intestin. Ceci fait, il reste un débris de la coque situé au-devant du ligament rond, dans le cavum anté-utérin, à droite de la vessie. On procède au décollement: il est assez facile, mais ce décollement laisse une large surface suintante au devant des débris du ligament large; aussi, met on une mèche sur l'intestin dénudé et un drain dans le Douglas.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus et les annexes. La trompe droite est le siège d'une grossesse ampul-laire de la taille du pouce, non rompue, mais ayant saigné par le pavillon. On trouve un corps jaune dans l'ovaire et des villosités chorionales dans la trompe.

Nous avons revu cette malade le 22 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent. Elle a eu des bouffées de chaleur assez fréquentes pendant deux ans : actuellement elle n'en a plus. Elle n'a pas grossi. Très régulièrement tous les mois la malade a une migraine qui lui dure une journée. Son caractère n'a pas changé. Elle n'a pas eu de montée laiteuse.

OBSERVATION XX

V. L..., trente-huit ans, sans profession.

7 février 1906. — *Compte rendu opératoire.* (MM. Caraven et Dartigues). — Cette malade est opérée d'urgence.

Laparotomie. Les anses intestinales sont très dilatées ; le ventre est plein de sang et de caillots. Quelques champs pour maintenir les intestins, nettoyage rapide des caillots qu'on retire à pleines poignées. On finit par apercevoir le fond de l'utérus et la trompe droite rupturée, d'où s'échappent des caillots et du sang. Pincement et traction de l'utérus qui permet d'apercevoir le Douglas que l'on dégage à son tour des caillots.

L'utérus est jugé probablement infecté, il est volumineux, peut-être présente-t-il une perforation qu'on n'aperçoit pas, peut-être contient-il des débris sphacelés, une muqueuse

infectée? Nous pensons qu'il y a lieu de faire l'hystérectomie, d'autant plus que l'hémostase au niveau de la corne utérine, du côté de la trompe rompue tout près de l'utérus semble difficile. Péritonisation rapide.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus et les annexes. Dans la trompe, grosseur du volume d'une noix rompue entre l'ampoule et l'isthme. A l'intérieur de l'utérus, muqueuse végétante en voie de desquamation. On trouve un corps jaune kystique dans l'ovaire opposé à la grossesse. L'examen histologique montre des villosités chorionales dans la trompe.

Cette malade a été revue par nous le 13 janvier 1913. A part des bouffées de chaleur fréquentes (jusque trente par jour) qui ne se produisaient du reste pas quand la malade prenait de l'extrait d'ovaire, et qui ont complètement cessé depuis deux ans, son état de santé a toujours été très satisfaisant depuis l'opération. Cependant elle a grossi ; son caractère a changé et s'est assombri ; elle a également eu quelques idées noires ; mais depuis deux ans tout est rentré dans l'ordre et actuellement cette personne déclare n'avoir jamais été mieux portante.

OBSERVATION XXI

K. M..., vingt-neuf ans, ménagère.

Famille de quinze enfants, quatre survivants.

Mariée à vingt et un ans. Première couche à dix-sept ans. Deuxième à vingt-deux ans. Les deux accouchements ont été faits au forceps : gros enfants (6 kgs.).

Il y a trois ans, fausse couche de six semaines, suivie de pertes de sang pendant six semaines environ. Depuis, la malade se plaint de douleurs abdominales, mais les règles sont régulières et la malade n'a pas de pertes dans l'intervalle.

Date des dernières règles, 28 juin.

En juillet : pas de règles, signes de grossesse. Vers le milieu du mois d'août, brusquement, après l'ingestion d'un verre de bière, la malade se plaint de douleurs abdominales excessivement violentes. Demi-syncope. La malade est forcée de s'aliter. Survient une hémorragie utérine. Elle entre à l'hôpital le 10 septembre 1907.

Examen. — Au toucher, on sent une masse volumineuse remplissant le cul-de-sac de Douglas et se prolongeant à gauche. L'utérus est en rétroversion droite. Le col est en avant et légèrement ramolli. Le fond de l'utérus est englobé par la masse rétro-utérine, et difficile à délimiter exactement.

En présence de ces symptômes et de l'histoire clinique, M. Proust porte le diagnostic d'hématocèle. Comme il y a peu de réaction péritonéale et que l'hémorragie interne semble arrêtée, la malade est mise en observation avec de la glace sur le ventre.

Les jours suivants il existe toujours des pertes de sang et des douleurs abdominales, mais elles sont moins sensibles.

20 septembre. — La masse rétro-utérine a sensiblement augmenté de volume. La malade a de fortes appréhensions qu'il est difficile de surmonter. Ce n'est que le 25 que l'opération est décidée et acceptée : elle a lieu le 27.

27 septembre 1907. — *Compte rendu opératoire* (M. Dar-

tigues). — Laparotomie. Dès l'ouverture du péritoine, on voit que le bassin est rempli de caillots occupant une poche limitée en haut par l'S iliaque et le méso-colon pelvien. L'utérus est complètement reporté à droite ; le fond est saisi au moyen d'une pince à morcellement. La poche rétro-utérine est alors vidée de son contenu de caillots. Puis on attire la trompe gauche très volumineuse et rompue au niveau de son extrémité externe. Section du ligament large et de l'utérus. Dégagement des annexes droites présentant des lésions de salpingite. Péritonisation.

Drainage. Suture de la paroi en trois plans.

Légère réaction les deux premiers jours. Température normale le troisième. Drainage prolongé pendant une huitaine : suintement séreux.

La malade est revue le 31 octobre en bon état ; le 13 avril 1910 en très bon état.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus et les annexes des deux côtés. A droite, lésions de salpingite. A gauche, la trompe contient une tumeur de la grosseur d'une petite mandarine, développée dans l'ampoule et rompue à son extrémité externe. Il existe un corps jaune dans l'ovaire droit. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 18 mai 1913. Elle est actuellement dans un état de santé excellent. Elle a eu des bouffées de chaleur assez nombreuses pendant les premières années qui ont suivi son opération, mais elle n'en a plus maintenant. Elle a également engraisé passablement, mais elle a commencé à maigrir ces temps derniers. Elle ne s'est aperçue d'aucun changement de caractère. Elle fait actuellement un

travail très dur, sans fatigue. Elle n'a pas eu de montée laiteuse après son opération.

OBSERVATION XXII

C... F., vingt-huit ans, mécanicienne,

Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement ; durée huit jours, sans douleurs.

Trois enfants : accouchement à terme sans difficulté. Jamais de fausses couches. Jamais de pertes blanches. Jamais de pertes de sang jusqu'au mois dernier.

La malade ne peut préciser la date exacte où elle commence à perdre. Il semble qu'elle ait eu un retard de huit à dix jours. Les règles seraient venues le 24 sans grande douleur. Depuis le 24 octobre, la malade a continué à perdre du sang très noir ; légère odeur. Elle souffre par moments, surtout quand elle se lève ; elle souffre quelquefois dans les côtés, mais rarement ; irradiations dans la cuisse gauche, jamais dans les reins. Quand la malade s'asseyait elle souffrait du côté de l'anus.

5 décembre. — La malade continue à perdre quoique moins abondamment.

Toucher. — Col tout petit. Utérus en avant, un peu gros ; à gauche, on sent une grosse masse du volume du poing. Cette masse se prolonge légèrement dans le cul-de-sac postérieur. Elle est immobile et douloureuse.

5 décembre 1908. — *Compte rendu opératoire* (MM. Pozzi et Bender). — Laparotomie. On trouve dans le péritoine une petite quantité de sang épanché : c'est une hémorragie toute

récente, et probablement provoquée par le nettoyage de la paroi qui a été fait cependant avec une grande douceur. On éponge le sang et on refoule les anses intestinales. On découvre alors un ancien foyer d'hématocèle, gros comme le poing et situé à gauche et en arrière de l'utérus. Il contient des caillots que l'on évacue. On dégage alors les annexes gauches. La trompe est très augmentée de volume et violacée. Il s'agit évidemment d'une grossesse tubaire et, par l'ostium abdominale dilaté, fait hernie un caillot. Ablation des annexes gauches, et nettoyage soigneux du foyer sanguin enkysté.

On explore ensuite les annexes droites : la trompe est oblitérée. L'ovaire est transformé en un kyste à contenu séro-sanguin gros comme une noix verte. Ablation.

Drainage. — Suture de la paroi en trois plans.

Examen de la pièce. — Grossesse ampullaire du volume d'une grosse noix allongée, avec avortement en train de se faire par le pavillon. L'ovaire contient un corps jaune. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales dans la trompe.

Nous avons revu cette malade le 26 mai 1913. Son état de santé est très satisfaisant. Elle a beaucoup engraisé, mais les bouffées de chaleur, du reste peu fréquentes au début, ont complètement disparu. Le caractère de la malade n'a changé en rien. Elle n'a pas eu de montée laiteuse après son opération.

OBSERVATION XXIII

T. M..., trente-quatre ans, ménagère.

Réglée à seize ans, régulièrement.

Deux grossesses à terme, accouchements normaux. Pas de fausse couche.

Il y a un mois, retard des règles de onze jours. La malade n'avait jamais observé le moindre retard. Elle fait un voyage et prend froid. Elle commence à perdre un peu de sang tous les jours, mais ces pertes ne présentent pas du tout les caractères de ses règles ordinaires.

Huit jours après, crise de vives douleurs avec vomissements, quelques pertes sanguines et quelques petits caillots. Depuis cette date, la malade se plaint continuellement de douleurs dans l'abdomen, avec crises violentes allant jusqu'à la syncope; pas d'irradiations dans les cuisses. Les pertes de sang continuent toujours, peu abondantes, sans aucune odeur.

Toucher. — Col entr'ouvert transversalement, logé derrière le pubis. Cul-de-sac postérieur et partie inférieure des culs-de-sac latéraux occupés par une masse dure et indolore à sa partie supérieure, plus molle et plus douloureuse dans ses trois-quarts inférieurs, surtout en un point situé un peu à droite de la ligne médiane, où le doigt en appuyant détermine une très vive douleur. La douleur occasionnée par le toucher empêche de pratiquer en même temps le palper abdominal.

Compte rendu opératoire (M. Bender). — 15 mai 1909. —

Hystérectomie abdominale subtotale: grossesse extra-utérine. Avortement tubaire avec hématocele enkystée du volume d'une tête de fœtus.

Examen de la pièce. — La pièce est composée de l'utérus et des annexes. A gauche, on voit des lésions de salpingite.

A droite la trompe est le siège d'une tumeur du volume d'une orange, avec avortement tubaire. On trouve un corps jaune dans l'ovaire droit, et des villosités choriales dans la trompe.

Cette malade a été revue par nous le 27 mai 1913. Son état de santé est très satisfaisant. Cependant elle a de nombreuses bouffées de chaleur, et son caractère a changé : elle a souvent des idées noires. Elle n'a eu aucune perte depuis l'opération. Elle n'a pas eu de montée laiteuse.

OBSERVATION XXIV

M. L..., trente-et-un ans, employée de commerce.

Il s'agit d'une malade entrée dans le service en présentant une grosse tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, considérée comme une hématocele avec la réserve d'une périméto-salpingite possible.

29 décembre 1910.— *Compte rendu opératoire* (M. Proust). — Laparotomie. Dès le péritoine ouvert, on constate l'existence d'une grosse masse salpingienne droite, de coloration bleuâtre, surplombant le Douglas, au niveau duquel elle se continue avec une poche adhérente de toutes parts aux parois : c'est de toute évidence une grossesse tubaire surplombant une poche d'hématocele. A gauche, kyste sanguin de l'ovaire. Par-dessus la trompe droite croise l'appendice légèrement adhérent.

Dès le début, section du méso de l'appendice pour aborder plus facilement la trompe, mais l'appendice lui-même n'est pas sectionné pour ne pas risquer d'inoculer le milieu opératoire.

Isolement des annexes gauches. Section du ligament large gauche, pincement de l'artère utérine de dedans en dehors. Pincement et section, puis décortication des annexes droites, mais de haut en bas. Ablation de l'utérus et des annexes. Résection aussi étendue que possible de la poche de l'hématocèle, dont les bords sont fixés au péritoine vésical, ramené par-dessus l'utérus.

Ablation de l'appendice. Enfouissement. Drainage.

Suture de la paroi en deux plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend : l'utérus avec les annexes droites perdues dans une masse d'adhérences et de caillots. A gauche, trompe saine avec ovaire présentant un gros kyste ressemblant à un follicule prêt à se rompre. La trompe à hématocèle est pleine de sang. Grossesse ampul-laire droite grosse comme les deux pouces. L'examen histologique montre de belles villosités chorales.

Nous avons revu cette malade le 21 janvier 1913. Elle est dans un état de santé excellent. Elle a un peu grossi, mais n'a jamais eu de bouffées de chaleur et son caractère n'a pas changé. Jamais de pertes, ni blanches, ni rouges. La malade souffrait d'entérite avant son opération ; elle est guérie depuis.

OBSERVATION XXV

L. A..., trente ans. Couturière.

Octobre 1912. — *Compte rendu opératoire* (M. Proust). — Il s'agit d'une malade envoyée par le Dr Bender, et qui présente un tableau clinique d'hématocèle.

A la laparotomie, on constate, en effet, l'existence d'une grande poche rétro-utérine pleine de caillots. On arrive à isoler la trompe gauche qui est le point de départ de cette hématoçèle, mais la poche adhère à la face postérieure de l'utérus et descend jusque dans le fond du Douglas, si bien qu'il est nécessaire de pratiquer l'hystérectomie.

Ablation secondaire de la poche qui adhère dans le fond du Douglas et qui laisse après son décollement un péritoine très saignant. Pose d'un sac de Mickulicz.

Fermeture de la paroi en deux plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend : l'utérus et les annexes. La trompe gauche est le siège d'une tumeur du volume d'une noix développée entre l'ampoule et l'isthme et ayant saigné par le pavillon. L'ovaire de ce côté renferme un corps jaune. L'examen histologique montre la présence de villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 27 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent. Cependant, elle se plaint de nombreuses bouffées de chaleur ; son caractère a changé et elle est quelquefois en proie à des idées noires. Pas de pertes depuis l'opération. Au moment de celle-ci elle n'a pas eu de montée laiteuse.

OBSERVATION XXVI

D. A..., quarante-deux ans. Ménagère, marchande de vin.

Réglée à treize ans ; règles régulières, abondantes, pas douloureuses.

Mariée à dix-neuf ans. Un enfant à vingt et un ans ; un

deuxième à vingt-quatre ans. Grossesses et accouchements normaux. Fausse couche à vingt-cinq ans et demi.

24 décembre 1911. — Les règles qui auraient dû arriver, n'arrivent pas. Elle se purge, puis se purge de nouveau dans les premiers jours de janvier. Les règles arrivent alors et durent du 5 au 13 janvier.

17 janvier. — Douleurs extrêmement vives dans le bas ventre. Elle voit un médecin qui lui prescrit simplement du repos.

22 janvier. — Pertes de couleur café au lait, a vu des petits fragments de peau, et depuis ce moment les pertes de sang ne cessent pas. La malade continue à travailler.

Dans les premiers jours de février, un soir, douleurs péri-ombilicales accompagnées de vomissements glaireux, avec douleurs dans le bas ventre rappelant les douleurs de l'accouchement. Cette crise dure quatre jours pendant lesquels la malade reste au lit.

29 février. — Pendant trois jours, règles avec sang véritable, contrastant avec celui de l'écoulement vaginal qui durait depuis le 22 janvier et qui sentait mauvais.

3 mars. — Au matin, en se levant, douleurs péri-ombilicales très vives, vomissements glaireux : pas d'hémorragie ; sensation successive de chaleur excessive et de froid intense. Elle voit un médecin qui pense à une fausse couche ou à un fibrome et envoie la malade à l'hôpital.

8 mars. — Température 38 degrés ; vomissements jaunâtres abondants.

Bon état digestif. Peut-être éthylisme.

28 mars 1912. — *Compte rendu opératoire.* (M. Proust).

Laparotomie. Péritoine épaissi, infiltré ; adhérences intesti-

nales nombreuses et volumineux débris de caillots adhérents aux anses grêles et à l'S illiaque. Mise à nu progressive de la région du petit bassin. On découvre une volumineuse hématocele développée aux dépens des annexes droites. Annexes gauches saines, mais la face postérieure de l'utérus adhère à la poche d'hématocele.

Hystérectomie subtotal, en commençant par le côté gauche sain et devant se terminer par l'ablation dernière des annexes droites. Mais à ce moment, rupture des insertions tubaires au niveau de la corne utérine. Ces annexes sont donc enlevées en un temps distinct et on est même obligé d'enlever isolément la trompe en forme de corne d'abondance, se continuant avec la poche de l'hématocele, et le caillot qu'elle contient.

Nettoyage des parois intestinales auxquelles adhèrent encore des fragments de caillots. Péritonisation incomplète. Large drainage.

Suture de la paroi en 2 plans.

Examen de la pièce. — La pièce comprend : 1° l'utérus avec les annexes gauches saines, l'ovaire contenant un corps jaune ; 2° les annexes droites ; 3° un volumineux caillot, gros comme le poing. Dans la trompe on voit une poche rompue qui contenait le caillot précédent, et une seconde poche non rompue, grosse comme une petite mandarine, qui est la grossesse développée aux dépens de l'ampoule. On y trouve des villosités choriales.

Nous avons revu cette malade le 19 mai 1913. Elle est dans un état de santé excellent ; elle n'a jamais eu de bouffées de chaleur, n'a pas engraisé, et son caractère n'a subi aucun changement. Elle se livre actuellement à un travail

dur, sans aucune fatigue. Depuis son opération elle n'a pas eu de pertes ni rouges ni blanches. Pas de montée laiteuse après l'opération.

OBSERVATION XXVII

B. H..., vingt-huit ans, brodeuse.

La malade entre à l'hôpital pour douleurs siégeant au niveau du bas-ventre, du côté droit.

Réglée à treize ans, régulièrement. Les règles peu abondantes et indolores, durent quatre à cinq jours. Pertes blanches très abondantes.

Mariée à dix-neuf ans. Un enfant.

Au mois de juillet dernier, une fausse couche (?) de un mois et demi. Depuis, la malade souffre du côté droit. C'est à la suite de ces douleurs que la malade entre à l'hôpital. En même temps elle a commencé à perdre du sang continuellement.

Toucher. — Le col est dur et regarde en avant. Le corps utérin est complètement basculé en arrière et on le sent dans le cul-de-sac de Douglas. Léger empatement du cul-de-sac gauche. Le toucher est presque indolore.

On fait le diagnostic de péri-méthro-salpingite. Glace sur le ventre. Les symptômes s'amendent rapidement. La malade examinée le 29 septembre paraît prête pour l'opération.

1^{er} octobre 1912. — *Compte rendu opératoire.* (M. Proust).

Laparotomie. Paroi saignante. A l'ouverture du péritoine la malade pousse légèrement, ce qui gêne le chirurgien. On commence l'hystérectomie par l'ablation des annexes gauches.

Puis section du pédicule utérin. On dégage les annexes droites et on s'aperçoit alors qu'il s'agit d'une grossesse tubaire droite, l'examen ayant été incomplet au moment de l'ouverture de l'abdomen, quand la malade poussait.

Péritonisation. Drain et une mèche dans le Douglas ; la tranche péritonéale paraît avoir saigné au cours de la péritonisation.

Surjet péritonéo-musculaire au catgut. Agrafes sur la peau.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus et les annexes. Les annexes gauches sont saines. La trompe droite est le siège d'une tumeur du volume d'une petite mandarine, non rompue, développée dans l'ampoule. On trouve un corps jaune dans l'ovaire gauche, et des villosités choriales dans la trompe.

Nous avons revu cette malade le 18 mai 1913. Elle est actuellement dans un bon état de santé. Cependant elle se plaint de fréquentes bouffées de chaleur ; son caractère a changé ; elle est devenue facilement irritable et plus nerveuse. Elle se plaint encore de temps en temps de douleurs dans le côté droit, elle a quelques pertes blanches. Elle n'a pas eu de montée laiteuse.

OBSERVATION XXVII

H. A..., trente-sept ans, ménagère.

Réglée à seize ans. Les règles, non douloureuses, viennent tous les deux mois pendant la première année et, ensuite, régulièrement tous les mois. Pas de pertes blanches à cette époque.

Mariée à dix-sept ans. Un enfant à dix-huit ans, un second à vingt-trois ans : grossesses et accouchements normaux.

À la suite du second accouchement, pertes blanches abondantes, maux de reins vifs, intermittents, provoqués par la fatigue.

Puis elle se porte bien pendant dix ans, jusqu'à trente-quatre ans.

Au mois de juillet 1912, pertes rouges quotidiennes pendant dix jours, s'arrêtent pendant dix jours, puis recommencent. Les pertes blanches reparaissent également à cette époque, surtout pendant les périodes où la malade ne perd pas de sang.

Au mois d'octobre, M. Jayle diagnostique rétroversion et fibrome et conseille l'opération.

Examen. — Douleur dans la fosse iliaque droite au voisinage du point ovarien. Eventration ombilicale.

Toucher. — Colpocèle antérieure et postérieure légère. Col gros, regardant en bas et en avant. Cul-de-sac antérieur libre. Dans les culs-de-sac latéraux, on ne trouve pas de masse ni de douleur annexielle. Le cul-de-sac postérieur contient l'utérus légèrement rétrofléchi et très rétroversé. Sa face postérieure semble présenter une petite nodosité qui paraît être un fibrome.

16 novembre 1912. — *Compte rendu opératoire* (M. Pozzi). — Hystérectomie *vaginale*. — Le champ opératoire étant largement exposé par des valves, le col est saisi par deux pinces de Museux de petit calibre. pinces directrices placées symétriquement dans les commissures. Incision circulaire

du vagin et refoulement de la vessie qui est confiée à l'écarteur bicoudé ; en arrière, séparation du rectum, ouverture du cul-de-sac de Douglas et mise en place de la grande valve postérieure de Péan, garant le rectum. Section des ligaments larges, et ainsi l'utérus peut-être déjà notablement abaissé.

Une sonde cannelée étant placée dans la cavité utérine, M. Pozzi fait la section médiane de la paroi antérieure, prenant à mesure les tranches avec des couples de pinces à traction, et fait basculer en avant le fond de l'utérus qui est gros, friable et saignant.

Passant ensuite les doigts derrière l'utérus, M. Pozzi dégage et extériorise les annexes droites et on voit que la trompe droite est distendue par une hémorragie : c'est donc un hématosalpinx qui est en rapport avec une grossesse *interstitielle*, comme le montre l'examen de la pièce ultérieurement.

Trois pinces cloutées de chaque côté pour assurer l'hémostase.

Sonde de Malécot dans la vessie.

Examen de la pièce — Grossesse interstitielle du volume d'une noisette, ayant saigné dans la trompe et formé un hématosalpinx.

Nous avons revu cette malade au mois de mai 1913. Elle est actuellement bien portante, bien que ses forces ne soient pas encore revenues complètement et qu'elle se plaigne d'avoir les jambes faibles. Elle a des bouffées de chaleur fréquentes, mais son caractère n'a pas changé. Elle n'a pas eu de montée laiteuse après son opération.

CONCLUSIONS

I. La grossesse tubaire évolue dans la presque totalité des cas vers l'interruption précoce.

II. Cette interruption se fait en général par rupture et inondation péritonéale dans les grossesses isthmiques, par hématosalpinx ou par avortement tubo-péritonéal dans les grossesses ampullaires.

III. Il est des cas où l'hémorragie se fait par le pavillon non oblitéré, sans rupture ni avortement : c'est *l'écoulement profluens* de M. le professeur Pozzi.

IV. Chez les malades opérées pour grossesse tubaire, il est plus fréquent de voir se produire une récurrence de grossesse extra-utérine, qu'évoluer une grossesse normale.

V. On n'a pas encore observé chez une femme ayant eu deux grossesses tubaires de cas de nouvelle fécondation, mais il n'y a rien d'impossible à ce que cette éventualité se produise.

VI. La presque totalité de nos opérées n'ont pas

présenté de montée laiteuse après l'opération. Nous ne l'avons constaté que chez deux malades.

VII. La castration bilatérale entraîne une grande intensité des phénomènes d'insuffisance ovarienne ; celle-ci est très réduite chez les malades qui n'ont subi qu'une ablation unilatérale des annexes.

VIII. Avec d'autres raisons, que nous avons envisagées dans notre travail, cette dernière doit, suivant les circonstances, pousser le chirurgien à faire une intervention aussi conservatrice que possible.

Vu : le Président de la thèse,

POZZI

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Arch. f. Gyn., 1893, t. XLIV.
- CHOYAU. — Étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire. Thèse de Paris, 1896.
- COE. — Amer. Journ. of Obst., 1893, t. XXVII, p. 855.
- COUVELAIRE. — Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris, 1901.
- Soc. de Gyn. et de Péd. de Paris, mars 1900.
- CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire (Rev. de Gyn. et de Chir. abd., janvier-février, 1900, p. 3).
- DELAGÉNIÈRE. — De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle (Arch. prov. de Chir., mai 1902, n° 5).
- DOLÉRIS. — Sur le traitement de la grossesse ectopique (Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd., avril 1900).
- FUNCK-BRENTANO. — Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1898.
- GAUTHIER (A.). — Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire. Thèse de Paris, 1893.
- JAYLE (F.). — De l'insuffisance ovarienne (Presse médicale, 1900, 17 mars, n° 22 et Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1901, pp. 905-934).
- Effets physiologiques de la castration chez la femme (Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 1897, p. 415).
- LAWSON-TAIT. — Leçons sur la grossesse ectopique et l'hématocèle pelvienne, 1888.

- MOURATOFF. — Étude sur la grossesse extra-utérine (Ann. de Gyn., fév. 1890, t. XXXIII, p. 81).
- MURET. — Avortement et rupture de la trompe gravide (Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 10 avril 1898, p. 195).
- De la grossesse interstitielle (Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 1902, n° 1, p. 35).
- PESTALOZZA. — Sulla gravidanza extra-uterina repetuta (Archivio italiano di Ginecologia, oct. 1900, p. 474).
- POZZI (S.). — Traité de Gynécologie.
- Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd., mai 1906.
- Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd., séance du 2 mars 1900.
- PROUST (R.). — Indications thérapeutiques et technique opératoire dans les grossesses tubaires. Leçon clinique faite à l'hôpital Broca le 11 mars 1912, dans le service de M. le professeur Pozzi et recueillie par M. G. Deverre, chef de clinique gynécologique (Revue prat. des connaissances médicales, 25 mars 1902).
- PUECH. — Gazette obstétricale, 1879, n° 21.
- SENS. — Thèse de Paris, 1901.
- TAYLOR. — The Ingleby Lectures on Extra-uterine Pregnancy (Lancet, 28 mai 1898 et suivants)
- VARNIER. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd., oct. 1900.
- VEIT. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Berlin, 1889.
- ZWEIFEL. — Ueber extra-uterin Gravidität und retro-uterine Hæmatome (Arch. für Gyn., t. XLI, p. 1).
-

Imp. de la Faculté de Méd., H. JOUVE et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 2154-13
